



คำสั่งสำนักงานคลังจังหวัดพังงา

ที่ ๐๒๔/๒๕๖๖

เรื่อง มอบหมายผู้ใช้งาน “ระบบยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน”
โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

ตามที่ กรมบัญชีกลาง แจ้งแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้ โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ ผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มที่ ๒ ผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางไปเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและ/หรือผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้ กลุ่มที่ ๓ บุคคลล้มละลาย โดยผู้มีสิทธิในกลุ่มที่ ๒ จะต้องมียกย่องให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นสำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ หรือหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่นสำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ส่งให้กรมบัญชีกลาง หรือ สำนักงานคลังจังหวัด นั้น

เพื่อให้การดำเนินการในระบบยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชีบุคคลอื่นของสำนักงานคลังจังหวัดพังงาเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและถูกต้องตามหลักการควบคุมภายใน เป็นไปตามแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ และจำนวนผู้ใช้งานในระบบเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จึงยกเลิกคำสั่งสำนักงานคลังจังหวัดพังงา ที่ ๐๒๑/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และมอบหมายผู้ใช้งาน “ระบบยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน” ดังนี้

เจ้าหน้าที่ระดับผู้อนุมัติ

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| ๑. นางสาวพนิดา สมแก้ว | นักวิชาการคลังชำนาญการพิเศษ |
| ๒. นางสาวจรรุณี พิณกลับ | นักวิชาการคลังชำนาญการพิเศษ |

อำนาจหน้าที่

๑. ตรวจสอบหนังสือกับเอกสารให้ถูกต้องตรงกันตามแนวทางการโอนเงินฯ (เอกสารแนบท้ายคำสั่ง ฯ)
๒. ตรวจสอบรายงานข้อมูลที่พิมพ์จากระบบยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน (ECW : <https://ecw-doc.vayupak.net>) กับเอกสารต้นเรื่องให้ถูกต้องตรงกัน
๓. ลงลายมือชื่อและวันที่ในเอกสารรายงาน และอนุมัติข้อมูลตามที่ได้บันทึกในระบบฯ ภายในวันศุกร์ของสัปดาห์นั้น
๔. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายโดยเคร่งครัด

เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| ๑. นางสาวยมนา ยมโดย | นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ |
| ๒. นางสาวบุษรา ตันเล่ง | นักวิชาการคลังปฏิบัติการ |
| ๓. นางธิติมา จันช่วย | นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ |

๔. นางสาว...

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| ๔. นางสาวชิตชนก กาพจน์โท | นักวิชาการคลังปฏิบัติการ |
| ๕. นางธนพรพรรณ ชูเดชา | นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ |
| ๖. นางสาววัลภา รักสกุล | เจ้าพนักงานการคลังปฏิบัติงาน |
| ๗. นางสาวโสภาค ต้วงท่า | เจ้าพนักงานการคลังปฏิบัติงาน |
| ๘. นางสาวสุระนันท์ มงคล | เจ้าหน้าที่ธุรการ |

อำนาจหน้าที่

๑. ตรวจสอบหนังสือกับเอกสารให้ถูกต้องตรงกันตามแนวทางการโอนเงินฯ (เอกสารแนบท้ายคำสั่ง ฯ)
 ๒. สแกนเอกสารเป็นไฟล์ PDF ขนาดไม่เกิน ๑ MB
 ๓. บันทึกข้อมูลเข้าระบบยินยอมให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้รับเงินแทน (ECW : <https://ecw-doc.vayupak.net>) และแนบเอกสารที่เป็นไฟล์ .PDF เท่านั้น
 ๔. พิมพ์รายงานออกมาตรวจสอบกับต้นเรื่อง และเสนอเจ้าหน้าที่ระดับผู้อนุมัติที่ได้รับมอบหมาย
 ๕. เรียงรายงานผลการบันทึกข้อมูลในวันจันทร์
 ๖. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายโดยเคร่งครัด
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นางสาวณปภัช เพ็งมณี)

คลังจังหวัดพังงา

เอกสารแนบท้ายคำสั่งสำนักงานคลังจังหวัดพังงา ที่ ๐๒๔/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

**แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติ
ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕
ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้**

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เห็นชอบการเปลี่ยนแปลงช่องทางการโอนเงินจากช่องทางการโอนเงินผ่าน e-Money เป็นช่องทางการโอนเงินผ่านระบบพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน สำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ และมติที่ประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เห็นชอบแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้ โดยมีรายละเอียดการดำเนินการแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการของ อปท. (เทศบาล/อบต./เมืองพัทยา/สำนักงานเขตในพื้นที่ กทม.) เดือนละ ๘๐๐.- บาท และผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ มีบัตรประจำตัวคนพิการตามฐานข้อมูลของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) หากมีสมุดประจำตัวคนพิการ หรือบัตรรุ่นเก่า จะต้องไปติดต่อ พก. หรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เพื่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการแบบใหม่ จะได้รับเงินเพิ่มเบี้ยความพิการอีกเดือนละ ๒๐๐.- บาท โดยกรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเงินเพิ่มเบี้ยความพิการเดือนละ ๒๐๐.- บาท ทุกวันที่ ๒๐ ของแต่ละเดือน หากตรงกับวันหยุดจะโอนในวันทำการก่อนวันหยุด (ตามปฏิทินการโอนเงินเพิ่มเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖) ผ่านช่องทาง ดังนี้

๑.๑ โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ กรณีผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ มีบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน

๑.๒ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ใ้รับเงินเบี้ยความพิการ จาก อปท. เดือนละ ๘๐๐.- บาท กรณีไม่สามารถรับเงินผ่านบัญชีพร้อมเพย์ตามข้อ ๑.๑ จะทำการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ หรือผู้แทน หรือผู้ได้รับมอบอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการ โดยจะได้รับเงินเพิ่มเบี้ยความพิการย้อนหลังตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๖ ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๖ (รวมเงินเพิ่มเบี้ยความพิการ ๒ เดือน เป็นจำนวนทั้งสิ้น ๔๐๐.- บาท)

๑.๓ ผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ที่รับเงินเบี้ยความพิการจาก อปท. เดือนละ ๘๐๐.- บาท เป็นเงินสด จะโอนเงินเข้าบัญชีพร้อมเพย์ที่เปิดและผูกกับเลขประจำตัวประชาชนขึ้นมาใหม่ หรือบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ได้รับมอบอำนาจ โดยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ร่วมกับคณะผู้บริหารการคลังประจำจังหวัด (คบจ.) อปท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร และธนาคารออมสิน ลงพื้นที่เพื่อเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนให้แก่ผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ หรือผู้ได้รับมอบอำนาจให้รับเงินเบี้ยความพิการของ อปท. แทนผู้พิการ หากดำเนินการเปิดบัญชี

และผูกบัญชี...

และผูกบัญชีพร้อมเพย์แล้ว ขอให้ผู้มีสิทธิหรือผู้ได้รับมอบอำนาจทำการแจ้งท้องถิ่น (เทศบาล/อบต./เมืองพัทยา/สำนักงานเขตในพื้นที่ กทม.) ที่ตนเองรับเงินเบี้ยความพิการ ขอเปลี่ยนจากการรับเงินสดเป็นโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการโอนเงินเพิ่มเบี้ยความพิการ ๒๐๐.- บาท ให้แก่ผู้มีสิทธิสวัสดิการแห่งรัฐ โดยจะได้รับเงินเพิ่มเบี้ยความพิการย้อนหลังตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๖ เป็นต้นไป ทั้งนี้ กรมบัญชีกลาง ได้จัดทำไฟล์ข้อมูลผู้พิการที่รับเงินสดของแต่ละจังหวัดตามไฟล์ที่แนบ โดยขอให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ สำหรับการดำเนินการของ คบจ. ให้ใช้จ่ายจากงบประมาณกองทุนพระราชรัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคมที่ได้จัดสรรไว้ให้แล้ว

๒. กลุ่มผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเดินทางไปเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้

๒.๑ โอนเข้าบัญชีร่วมของผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ที่เป็นผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ กับผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

๒.๑.๑ ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๑)

๒.๑.๒ ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ต้องส่งหนังสือให้ความยินยอมดังกล่าวให้กรมบัญชีกลาง (สำหรับกรุงเทพมหานคร) หรือ สำนักงานคลังจังหวัด (สำหรับต่างจังหวัด)

๒.๒ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนของผู้ที่ได้รับความยินยอมจากผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ เป็นผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และ ผู้สูงอายุ ให้รับโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารแทน โดยมีรายละเอียดดังนี้

๒.๒.๑ ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (เอกสารแนบ ๒)

๒.๒.๒ ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ต้องส่งหนังสือให้ความยินยอมดังกล่าวให้กรมบัญชีกลาง (สำหรับกรุงเทพมหานคร) หรือ สำนักงานคลังจังหวัด (สำหรับต่างจังหวัด)

ทั้งนี้ การดำเนินการตามข้อ ๒.๑ และข้อ ๒.๒ ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ จะต้องจัดส่งเอกสารทั้งหมดให้กรมบัญชีกลาง หรือ สำนักงานคลังจังหวัด ดังนี้

๑) หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (การดำเนินการตาม ข้อ ๒.๑) หรือหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (การดำเนินการตามข้อ ๒.๒)

๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม (การดำเนินการตามข้อ ๒.๑) หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน (การดำเนินการตามข้อ ๒.๒) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๔) เอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม (การดำเนินการตามข้อ ๒.๑) หรือผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน (การดำเนินการตามข้อ ๒.๒) เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาเอกสารทางราชการอื่นที่สามารถแสดงความสัมพันธ์ได้ เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๕) สำเนา...

๕) สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้น ประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๖) ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

๓. กลุ่มบุคคลล้มละลาย หากกระทรวงการคลังมีมาตรการหรือโครงการที่ชัดเจนที่จะต้องโอนเงินสวัสดิการให้บุคคลล้มละลายที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ บุคคลล้มละลายที่ได้รับสิทธิตามโครงการฯ จะต้องติดต่อเจ้าพนักงานพิทักษ์ทรัพย์เพื่อขอเปิดบัญชีเงินฝากสำหรับการรับเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ต่อไป ซึ่งเป็นไปตาม มาตรา ๖๗ (๑) และมาตรา ๖๗ (๒) แห่งพระราชบัญญัติล้มละลาย พ.ศ. ๒๕๘๓

แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ได้รับสิทธิตามโครงการฯ ตามข้อ ๒ และข้อ ๓ จะเป็นการเตรียมการเพื่อรองรับมาตรการหรือโครงการใดๆ ที่ภาครัฐอาจจะให้ความช่วยเหลือเป็นเงินโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในอนาคตเท่านั้น

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
 สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
 ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ □□□-□□□-□□□□
 เป็นผู้ได้รับสิทธิตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า
 ผ่านบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□
 ซึ่งเป็นบัญชีร่วมของข้าพเจ้ากับ (นาย/นาง/นางสาว)
 เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ.....ปี
 วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ □□□-□□□-□□□□
 ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
 ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
 โครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้ถือบัญชีร่วม
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....) ตัวบรรจง

- หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
 2. กรุณานำแบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 4. สำเนาทะเบียนบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภท เงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น
สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือฝากพร้อมกันได้)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี □□□-□□□-□□□□
เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผ่สงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่าน
บัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี ----
ซึ่งเป็นบัญชีของ (นาย/นาง/นางสาว)
เลขประจำตัวประชาชน ---- อายุ ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) // สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี --
ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ ของข้าพเจ้า
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญ
ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ

1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
2. กรุณานำใบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)