

☒ สำนักปลัดเทศบาล
☐ กองคลัง
☐ กองช่าง/กิจการประปา
☐ กองการศึกษา
☐ กองสาธารณสุข

นางสาววิมลทิพย์
พรหมพิลา
๐๑๑๘/๗๕๕๓



เทศบาลตำบลปรางค์กู่

เลขที่รับ ๑๒๒๒

วันที่ ๒๐ พ.ย. ๒๕๖๖

ที่ว่าการอำเภอเมืองนครราชสีมา 15.00

ถนนสรรพสิทธิ นม ๓๐๐๐๐

๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง กำนันและผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดนครราชสีมา ด่วน ที่ นม ๐๐๐๓/ว ๗๓๕๘ ลงวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

สำนักปลัดเทศบาล
เลขที่รับ 1221
วันที่ ๒๐ พ.ย. ๒๕๖๖
เวลา จำนวน ๑ ชุด 15.01

ด้วยอำเภอเมืองนครราชสีมาได้รับแจ้งจากจังหวัดนครราชสีมาว่า กรมบัญชีกลาง ได้จ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๖ เดือน (เดือนเมษายน - กันยายน ๒๕๖๖) เมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ ซึ่งจากการตรวจสอบผู้มีสิทธิของอำเภอเมืองนครราชสีมาที่โอนเงินไม่สำเร็จ มีจำนวนรวมทั้งสิ้น ๓,๔๒๘ ราย ดังนี้

๑. ผู้มีสิทธิที่มีอายุครบ ๖๐ ปี คือ เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๖ และยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC) จำนวน ๑,๐๔๗ ราย

๒. ผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) จำนวน ๒,๓๘๑ ราย

เพื่อให้การดำเนินการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยครบถ้วน อำเภอเมืองนครราชสีมา จึงขอแจ้งให้ท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ผ่านสิทธิดำเนินการตามแนวทางภายในระยะเวลาที่กำหนด

๒. เြงตรวจสอบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุที่ผ่านสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จให้ตรวจสอบสถานะบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ สำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านสิทธิที่ยังไม่ยืนยันตน (e-KYC) ให้ไปยืนยันตนได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา และทำการผูกบัญชีพร้อมเพย์กับหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือยื่นหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นหรือเข้าบัญชีบุคคลอื่น ได้ที่สำนักงานคลังจังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้ ขอให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายปลัดกิ่ง ไทศรีศิริ)
นายกอำเภอเมืองนครราชสีมา



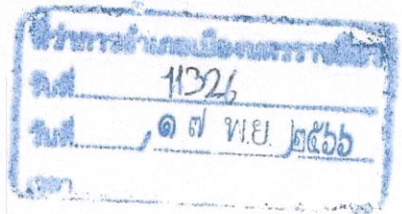
สิ่งที่ส่งมาด้วย

ที่ทำการปกครองอำเภอ

สำนักงานอำเภอโทร. ๐-๔๔๒๔-๒๐๙๔

โทรสาร ๐-๔๔๒๔-๖๖๔๑

ด่วน



ที่ นม ๐๐๐๓/ ๑๗๓๕

ศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา
ถนนมหาไทย นม ๓๐๐๐๐

๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เอกสารประชาสัมพันธ์การจ่ายเงินสงเคราะห์ฯ	จำนวน ๑ แผ่น
	๒. QR Code บัญชีรายชื่อผู้ผ่านสิทธิโอนเงินไม่สำเร็จ	จำนวน ๓ แผ่น
	๓. QR Code บัญชีรายชื่อผู้ผ่านสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC)	จำนวน ๓ แผ่น
	๔. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีฯ	จำนวน ๒ แผ่น

ด้วยกรมบัญชีกลาง ได้จ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๖ เดือน (เดือนเมษายน - กันยายน ๒๕๖๖) เมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ ซึ่งจากการตรวจสอบผู้มีสิทธิของจังหวัดนครราชสีมาที่โอนเงินไม่สำเร็จ มีจำนวนรวมทั้งสิ้น ๓๑,๔๐๒ ราย ดังนี้

๑. ผู้มีสิทธิที่มีอายุครบ ๖๐ ปี คือ เกิดก่อนวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๐๖ และยังไม่ยืนยันตัวตน (e-KYC) จำนวน ๑๑,๔๓๑ ราย

๒. ผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) จำนวน ๑๙,๙๗๑ ราย

จังหวัดนครราชสีมา พิจารณาแล้ว เพื่อให้การดำเนินการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยครบถ้วน จึงขอให้ท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ผ่านสิทธิดำเนินการตามแนวทางภายในระยะเวลาที่กำหนด รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน และผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่เร่งตรวจสอบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุที่ผ่านสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ให้ตรวจสอบสถานะบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ สำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (e-KYC) (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) ให้ไปยืนยันตัวตนได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา และทำการผูกบัญชีพร้อมเพย์กับหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือยื่นหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่นหรือเข้าบัญชีบุคคลอื่น (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔) ได้ที่สำนักงานคลังจังหวัด ทั้งนี้ ขอให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงานคลังจังหวัดนครราชสีมา
โทรศัพท์ ๐ ๔๔๒๔ ๒๒๑๕ ต่อ ๓๐๕
โทรสาร ๐ ๔๔๒๕ ๔๑๗๑
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ nma@cgsd.go.th

(นายรินทร์ ทองสุข)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา
เมืองนครราชสีมา

กรมบัญชีกลางจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยๆ ที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ



100 บาทต่อเดือน

ระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน เมษายน - กันยายน 2566 ดังนี้

วันเดือนปีเกิด	เดือนที่ได้รับสิทธิ	จำนวนที่สิทธิได้รับ (บาท)
เกิด <u>ก่อน</u> 1 เม.ย. 2506	เม.ย. - ก.ย. 2566	600
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 เม.ย. 2506	พ.ค. - ก.ย. 2566	500
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 พ.ค. 2506	มิ.ย. - ก.ย. 2566	400
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 30 มิ.ย. 2506	ก.ค. - ก.ย. 2566	300
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 ก.ค. 2506	ส.ค. - ก.ย. 2566	200
เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 - 31 ส.ค. 2506	ก.ย. 2566	100

กรมบัญชีกลาง โอนเงินให้แก่ผู้มีสิทธิ โดยแบ่งกลุ่มตามวันเดือนปีเกิด ดังนี้

เดือนที่จ่าย	วันเดือนปีเกิดของผู้มีสิทธิ	วันที่ยืนยันตัวตน (e-KYC)	วันที่ผูกบัญชี พร้อมเพย์	วันที่โอนเงิน
ก.ย. 2566	เกิด <u>ก่อน</u> 1 ม.ค. 2494	ภายใน 26 ส.ค. 2566	ภายใน 7 ก.ย. 2566	12 ก.ย. 2566
	เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 ม.ค. 2494 - 31 ธ.ค. 2500			13 ก.ย. 2566
	เกิด <u>ระหว่าง</u> 1 ม.ค. 2501 - 31 ส.ค. 2506			14 ก.ย. 2566
ต.ค. 2566	เกิด <u>ก่อน</u> 1 ก.ย. 2506	ภายใน 26 ก.ย. 2566	ภายใน 3 ต.ค. 2566	6 ต.ค. 2566
พ.ย. 2566		ภายใน 26 ต.ค. 2566	ภายใน 1 พ.ย. 2566	6 พ.ย. 2566
ธ.ค. 2566		ภายใน 26 พ.ย. 2566	ภายใน 30 พ.ย. 2566	6 ธ.ค. 2566



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

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
เป็นผู้ได้รับสิทธิ์ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผ่ส่งอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้า
ผ่านบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□

ซึ่งเป็นบัญชีร่วมของข้าพเจ้ากับ (นาย/นาง/นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ.....
วัน/เดือน/ปีเกิด (พ.ศ.) □□/□□/□□□□ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่.....
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่ได้ □□□-□□□-□□□□

ในฐานะ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____ ของข้าพเจ้า
ตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข เพื่อให้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
โครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

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

ลงชื่อ.....ผู้ตอบปัญหา
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ

1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
2. กรุณานับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เพื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

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

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 หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อก็ได้ □□□-□□□-□□□□,
 เป็นผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง
☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 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 หมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้ □□□-□□□-□□□□
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. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิโครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหนังสืออนุมัติเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)