เทศบาลตำบลโคกตูม
รับที่ ๘๗๙
วันที่ ๒ ก.ย. ๒๕๖๖
เวลา ๑๓.๐๙

ที่ ลบ ๐๑๑๘.๔/๔๐๙๕

ที่ว่าการอำเภอเมืองลพบุรี
ถนนนารายณ์มหาราช ลบ ๑๕๐๐๐

๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ประชาสัมพันธ์และติดตามให้ผู้มีสิทธิ (กลุ่มผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางไปเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้) ในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ดำเนินการตามแนวทางการโอนเงิน

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือสำนักงานคลังจังหวัดลพบุรี ที่ ลบ ๐๐๐๓/ว ๒๙๐๔ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖

ตามที่จังหวัดลพบุรีแจ้งว่า คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๖๕๖๕ เห็นชอบการดำเนินโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ (โครงการฯ) และมอบหมายให้คณะกรรมการประชารัฐเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม (คณะกรรมการฯ) เป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบกำหนดหลักเกณฑ์รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการฯ โดยในการประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้ใช้การโอนเงินผ่านระบบพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน เป็นช่องทางการโอนเงินให้แก่ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ และมติที่ประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เห็นชอบแนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนได้ นั้น

อำเภอเมืองลพบุรี จึงให้ท่านประชาสัมพันธ์และติดตามให้ผู้มีสิทธิกลุ่มผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถดินทางไปเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ให้ดำเนินการตามแนวทางการโอนเงิน ดังนี้

๑. โอนเข้าบัญชีร่วมของผู้มีสิทธิ ที่เป็นผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุกับผู้ดูแล โดยผู้มีสิทธิต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) พร้อมจัดส่งเอกสารให้สำนักงานคลังจังหวัดลพบุรี ดังนี้

๑.๑ หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (แบบ ๑)

๑.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ที่สามารถแสดงความสัมพันธ์ได้ เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑.๔ เอกสารแสดงความสัมพันธ์ เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาเอกสารอื่น

๑.๕ สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียกกระแสรายวัน (ยกเว้น ประเภทเงินฝากประจำอมทรัพย์พิเศษ/ บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๑.๖ ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

/๒.โอนเงิน...

๒. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชนของผู้ที่ได้รับความยินยอมจากผู้มีสิทธิ (ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ ให้รับโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารแทน โดยผู้มีสิทธิต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ พร้อมจัดส่งเอกสารให้สำนักงานคลังจังหวัดลพบุรี ดังนี้

๒.๑ หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (แบบ ๒)

๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๔ เอกสารแสดงความสัมพันธ์ เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาเอกสารอื่นที่สามารถแสดงความสัมพันธ์ได้ เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๕ สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้น ประเภทเงินฝากประจำออมทรัพย์พิเศษ บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๖ ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ สามารถประสานงานและสอบถามรายละเอียดได้ที่ นางสาวสายทิพย์ ศรีสมบูรณ์ โทรศัพท์ ๐ ๓๖๗๗ ๐๑๕๔ ต่อ ๓๑๔ หรือ ๐๘ ๗๑๒๑ ๐๑๔๑

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายโกมล ปานขาว)

ปลัดอำเภอ(เจ้าพนักงานปกครองชำนาญการพิเศษ)รักษาราชการแทน

นายอำเภอเมืองลพบุรี

ที่ทำการปกครองอำเภอ
งานการเงินและบัญชี
โทร. ๐-๓๖๔๑-๑๐๐๔ ต่อ ๑๐๔

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (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 ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐

เป็นผู้ได้รับสิทธิ์ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (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 เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

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

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน

2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้)

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 ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐

เป็นผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ ☐ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง ☐ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่านบัญชีธนาคาร ..... 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 ..... ของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้าเพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

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

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

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