



ด่วนมาก

ที่ สน ๐๐๒๓.๓/ว ๕๐๗

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ และเทศบาลนครสกลนคร

ด้วยจังหวัดสกลนคร ได้รับแจ้งจากสำนักงานคลังจังหวัดสกลนครว่า กรมบัญชีกลาง โดยกรมกิจการผู้สูงอายุแจ้งให้กรมบัญชีกลางจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ตามมติคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ อนุมัติแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ให้จ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๖ เดือน (เดือนเมษายน - กันยายน ๒๕๖๖) โดยขอให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสกลนคร แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณา ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสกลนคร จึงขอให้อำเภอแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการ ดังนี้

๑. กรณีข้อมูลผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ให้ดำเนินการดังนี้

๑.๑ แจ้งผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) ดำเนินการผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก กับบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิหรือเปิดบัญชีใหม่ของผู้มีสิทธิพร้อมผูกพร้อมเพย์เพื่อรับสิทธิ

๑.๒ แจ้งผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์หรือเปิดบัญชีเงินฝากตามข้อ ๑.๑ ได้ สามารถยื่นหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น หรือ เข้าบัญชีบุคคลอื่น ณ สำนักงานคลังจังหวัดสกลนคร ชั้น ๑ ศาลากลางจังหวัดสกลนคร ภายในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๒. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ให้ดำเนินการดังนี้

๒.๑ แจ้งผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน ดำเนินการยืนยันตัวตนได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา ทั้งนี้หากผู้มีสิทธิไม่สามารถเดินทางไปยืนยันตัวตนได้ด้วยตนเองให้มอบอำนาจยืนยันตัวตนแทน โดยใช้แบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง เมื่อดำเนินการยืนยันตัวตนแล้วให้ผู้มีสิทธิเลือกดำเนินการตามข้อ ๒.๒ หรือ ข้อ ๒.๓

๒.๒ ให้ผู้มีสิทธิที่ยืนยันตัวตนแล้ว ดำเนินการผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก กับบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิหรือเปิดบัญชีใหม่ของผู้มีสิทธิพร้อมผูกพร้อมเพย์เพื่อรับสิทธิ

๒.๓ ให้ผู้มีสิทธิที่ยืนยันตัวตนแล้ว ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์หรือเปิดบัญชีเงินฝากตามข้อ ๒.๒ ได้ สามารถยื่นหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น หรือ เข้าบัญชีบุคคลอื่น ณ สำนักงานคลังจังหวัดสกลนคร ชั้น ๑ ศาลากลางจังหวัดสกลนคร ภายในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

/ทั้งนี้ ...

“อยู่สกล รักสกล ทำเพื่อสกลนคร”

ทั้งนี้ สำนักงานคลังจังหวัดสกลนคร ได้มอบหมายให้ นางวิยะดา นาระคณ ตำแหน่ง นักวิชาการคลังชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๔๒๗๑-๑๐๖๔ ต่อ ๓๑๐ เป็นผู้ประสานงานในครั้งนี้อย่างละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป สำหรับเทศบาลนครสกลนคร ขอให้พิจารณาดำเนินการเช่นเดียวกัน



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐ ๔๒๗๑ ๖๔๘๒ , ๐ ๔๒๗๑ ๕๑๒๒

- ฝ่าย บท.
 - กง.กฎหมาย
 - กง.มาตรฐานฯ
 - กง.การเงินฯ
 - กง.ส่งเสริมฯ
 - กง.บริการฯ
- ที่ สน ๐๐๐๓/ ๐๐๐๕๗๐



สจจ.สน. เลขที่รับ 10181
วันที่ 3 พย 2566

สำนักงานคลังจังหวัดสกลนคร ถนนศูนย์ราชการ สน ๔๗๐๐๐

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
เลขที่รับ 2195 วันที่ 3 พ.ย 66

๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดสกลนคร

- | | |
|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อมูลผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) | จำนวน ๑ ไฟล์ |
| ๒. ข้อมูลผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน | จำนวน ๑ ไฟล์ |
| ๓. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสำนักงานคลังจังหวัดสกลนครได้รับแจ้งจากกรมบัญชีกลางว่า กรมกิจการผู้สูงอายุแจ้งให้กรมบัญชีกลางจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ ตามมติคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ อนุมัติแนวทางการจ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ให้จ่ายเงินสงเคราะห์ฯ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อเดือน เป็นระยะเวลา ๖ เดือน (เดือนเมษายน - กันยายน ๒๕๖๖) โดยได้โอนเงินให้ผู้มีสิทธิแล้ว ซึ่งกรมบัญชีกลางได้แจ้งข้อมูลผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) ของจังหวัดสกลนคร จำนวน ๕,๐๐๐ ราย และผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน จำนวน ๗,๔๖๔ ราย (สิ่งที่ส่งมาด้วย) นั้น

สำนักงานคลังจังหวัดสกลนคร ขอเรียนว่า เพื่อให้การจ่ายเงินสงเคราะห์ฯ แก่ผู้มีสิทธิได้ครบถ้วนและเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ขอให้หน่วยงานของท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. กรณีข้อมูลผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ให้ดำเนินการดังนี้
 - ๑.๑ แจ้งผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) ดำเนินการผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก กับบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิหรือเปิดบัญชีใหม่ของผู้มีสิทธิพร้อมผูกพร้อมเพย์ฯ เพื่อรับสิทธิ
 - ๑.๒ แจ้งผู้มีสิทธิที่โอนเงินไม่สำเร็จ (Reject) ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์หรือเปิดบัญชีเงินฝากตามข้อ ๑.๑ ได้ สามารถยื่นหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น หรือ เข้าบัญชีบุคคลอื่น ณ สำนักงานคลังจังหวัดสกลนคร ชั้น ๑ ศาลากลางจังหวัดสกลนคร ภายในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖
๒. กรณีผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ให้ดำเนินการดังนี้
 - ๒.๑ แจ้งผู้มีสิทธิที่ยังไม่ได้ยืนยันตัวตน ดำเนินการยืนยันตัวตนได้ที่ บมจ. ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขา ทั้งนี้หากผู้มีสิทธิไม่สามารถเดินทางไปยืนยันตัวตนได้ด้วยตนเองให้มอบอำนาจยืนยันตัวตนแทนโดยใช้แบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจสำหรับผู้พิการ ป่วยติดเตียง หรือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเดินทางมายืนยันตัวตนได้ด้วยตนเอง เมื่อดำเนินการยืนยันตัวตนแล้วให้ผู้มีสิทธิเลือกดำเนินการตามข้อ ๒.๒ หรือ ข้อ ๒.๓
 - ๒.๒ ให้ผู้มีสิทธิที่ยืนยันตัวตนแล้ว ดำเนินการผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก กับบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิหรือเปิดบัญชีใหม่ของผู้มีสิทธิพร้อมผูกพร้อมเพย์ฯ เพื่อรับสิทธิ
 - ๒.๓ ให้ผู้มีสิทธิที่ยืนยันตัวตนแล้ว ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพย์หรือเปิดบัญชีเงินฝากตามข้อ ๒.๒ ได้ สามารถยื่นหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น หรือ เข้าบัญชีบุคคลอื่น ณ สำนักงานคลังจังหวัดสกลนคร ชั้น ๑ ศาลากลางจังหวัดสกลนคร ภายในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

อยู่สกุล รักสกุล ทำเพื่อสกลนคร

สำหรับแบบฟอร์มหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น หรือเข้าบัญชีบุคคลอื่น สามารถดาวน์โหลดได้ทางเว็บไซต์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ (<https://บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ.mof.go.th> หรือ <http://welfare.mof.go.th/>) หรือขอรับที่สำนักงานคลังจังหวัดสกลนคร ชั้น ๑ ศาลากลางจังหวัดสกลนคร ทั้งนี้ มอบหมายให้ นางวิยะดา นาระคล ตำแหน่ง นักวิชาการคลังชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๔๒๗๑-๑๐๖๔ ต่อ ๓๑๐ เป็นผู้ประสานงานในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวสุจิตรา วงศ์อินอยู่)

คลังจังหวัดสกลนคร

กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด

โทร. ๐-๔๒๗๑-๑๐๖๔ ต่อ ๓๑๐

Email : Skn@cgd.go.th

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น
 สำหรับผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 (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 □□□-□□□-□□□□ .
 เป็นผู้ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (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. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เพื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
สำหรับผู้ที่ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(เฉพาะกรณีผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และ/หรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพยได้)

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 ที่ไม่สามารถผูกพร้อมเพยได้

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

เอกสารแนบท้ายหนังสือ ที่ สน ๐๐๐๓/๐๐๐๙๗๐ ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖
เรื่อง การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิในโครงการลงทะเบียน
เพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕

