



ข่าวประชาสัมพันธ์

สำนักงานคลังจังหวัดสระแก้ว

**แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติ
ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565
ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน**

กลุ่มผู้พิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ



ที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจาก อปท. เดือนละ 800 บาท และผ่านเกณฑ์การพิจารณา
คุณสมบัติตามโครงการฯ มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามฐานข้อมูลของกรมส่งเสริมและ
พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) จะได้รับเงินเพิ่มเบี้ยความพิการอีกเดือนละ 200 บาท
โดยกรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเงินเพิ่มเบี้ยความพิการผ่านช่องทาง ดังนี้

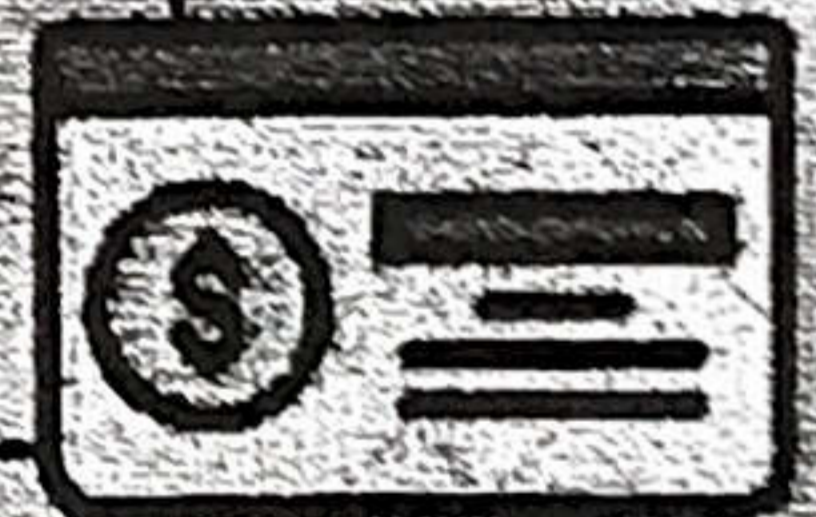
1

โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ (กรณีผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติตามโครงการฯ
มีบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกกับเลขประจำตัวประชาชน)



2

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผู้ผ่านเกณฑ์ฯ ใช้รับเงินเบี้ยความพิการ
จาก อปท. เดือนละ 800 บาท (กรณีไม่สามารถรับเงินผ่านบัญชีพร้อมเพย์
ตามข้อ 1 จะทำการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ/ผู้แทน
/ผู้ได้รับมอบอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการ)



3

โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกบัญชีกับเลขประจำตัวประชาชนที่เปิดขึ้นมาใหม่
/บัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ได้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาฯ
ที่รับเงินเบี้ยความพิการจาก อปท. เดือนละ 800 บาท เป็นเงินสด

NEW!



ทั้งนี้ เมื่อดำเนินการเปิดบัญชีและผูกบัญชีพร้อมเพย์แล้วให้ผู้ผ่านเกณฑ์ฯ
/ผู้ได้รับมอบอำนาจ แจ้งขอเปลี่ยนจากการรับเงินสดเป็นโอนเงินเข้า
บัญชีเงินฝากธนาคาร กับ อปท. ที่ตนเองรับเงินเบี้ยความพิการ





ข่าวประชาสัมพันธ์

สำนักงานคลังจังหวัดสระบุรี

แนวทางการโอนเงินสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาคุณสมบัติ ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ปี 2565 ที่ยังไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน

กลุ่มผู้พิการที่ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ

ที่ไม่สามารถเดินทางไปเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้ โดยกรมบัญชีกลางจะดำเนินการโอนเงินสวัสดิการผ่านช่องทาง ดังนี้

โอนเงินบัญชีร่วมของผู้ผ่านเกณฑ์ฯ กับผู้ดูแล โดยผู้ได้รับสิทธิและผู้ดูแล ต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น



หนังสือให้ความยินยอมฯ บัญชีร่วมกับบุคคลอื่น

โอนเงินบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกบัญชีพร้อมเพย์กับเลขบัตรประชาชน ของผู้ได้รับความยินยอมจากผู้ผ่านเกณฑ์ฯ โดยผู้ได้รับสิทธิและผู้ดูแล ได้รับความยินยอมฯ ต้องกรอกข้อมูลและลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอม โอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีเป็นของตนเอง



หนังสือให้ความยินยอมฯ บัญชีบุคคลอื่น

ทั้งนี้ ผู้ได้รับสิทธิ/ผู้ได้รับความยินยอมฯ ต้องจัดส่งเอกสาร ให้สำนักงานคลังจังหวัด ดังนี้

- **หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น (ตามข้อ 1) / หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น (ตามข้อ 2)**
- **สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง**
- **สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม/ผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง**
- **สำเนาเอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ได้รับสิทธิ และผู้ถือบัญชีร่วม /ผู้รับเงินโอนสวัสดิการแทน เช่น สูติบัตร ทะเบียนบ้าน เอกสารทางราชการอื่น ที่สามารถแสดงความสัมพันธ์ได้ เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง**
- **สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เพื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้น ประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง**
- **ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)**



หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น
สำหรับผู้ที่ได้รับสิทธิโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
(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 เพื่อให้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของ
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. สำเนาน้ำสุมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภท

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