ประกาศมูลนิธิเกษตราธิการ

เรื่อง การให้เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

....

ด้วยมูลนิธิเกษตราธิการ มีความประสงค์จะจัดสรรเงินมูลนิธิเพื่อสงเคราะห์แก่ผู้เดือดร้อน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนในการดำรงชีพ มีหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือ ดังนี้

๑. คุณสมบัติของบุคคล

๑.๑ เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ที่เกษียณอายุราชการแล้ว และ

๑.๒ เป็นผู้ทุพพลภาพ หรือ เจ็บป่วยเป็นโรคอื่น ๆ ที่ต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง หรือ

๑.๓ ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง หรือ

๑.๔ อยู่อาศัยเพียงลำพังไม่มีผู้ดูแล

๒. ความช่วยเหลือ รายละ ๕,๐๐๐ บาท/คน หรือตามที่คณะกรรมการฯ เห็นสมควร

๓. หลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินช่วยเหลือ

๓.๑ สำเนาบัตรประชาชน/บัตรบำนาญ ของผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ และผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์ได้ด้วยตนเอง) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๓.๒ ใบรับรองแพทย์ กรณีเจ็บป่วย หรือทุพพลภาพ

๓.๓ หนังสือรับรองจากบุคคลที่น่าเชื่อถือได้ เช่น กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน หรือข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป พร้อมสำเนาบัตรข้าราชการและรับรองสำเนาถูกต้อง

๓.๔ สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก (เฉพาะหน้าแรก) ที่มีชื่อผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อโอนเงินเข้าบัญชี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๔. เกณฑ์การพิจารณา

๔.๑ ผู้ทุพพลภาพ

๔.๒ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคที่ต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง

๔.๓ ผู้ที่อาศัยอยู่ลำพังไม่มีผู้ดูแล

๔.๔ อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการฯ เห็นสมควรตามความเหมาะสม ผลการพิจารณาถือเป็นที่สิ้นสุด

๕. การยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือได้ที่ หน่วยงานต้นสังกัด ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา

๖. การประกาศผล มูลนิธิเกษตราธิการจะประกาศรายชื่อผ่านทางเว็บไซต์ www.opsmoac.go.th หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์ และแจ้งผ่านหน่วยงานในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายอนันต์ สุวรรณรัตน์)

ประธานกรรมการมูลนิธิเกษตราธิการ

มูลนิธิเกษตราธิการ
Kasettratikam Foundation

สำหรับเจ้าหน้าที่ เท่านั้น
เลขที่ .... วันที่รับเรื่อง ....

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

....

๑. ผู้ยื่นคำขอ/ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง)

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ ....) ชื่อ .... นามสกุล ....

เลขบัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ วัน/เดือน/ปีเกิด .... อายุ .... ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ อื่นๆ ....

บ้านเลขที่ .... หมู่ที่ .... ตรอก/ซอย .... ถนน ....

ตำบล/แขวง .... อำเภอ/เขต .... จังหวัด ....

โทรศัพท์ .... โทรสาร .... โทรศัพท์มือถือ ....

๒. ประวัติผู้ขอรับเงินสงเคราะห์

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ ....) ชื่อ .... นามสกุล ....

เลขบัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ วัน/เดือน/ปีเกิด .... อายุ .... ปี

บ้านเลขที่ .... หมู่ที่ .... ตรอก/ซอย .... ถนน ....

ตำบล/แขวง .... อำเภอ/เขต .... จังหวัด ....

โทรศัพท์ .... โทรสาร .... โทรศัพท์มือถือ ....

อาชีพก่อนเกษียณ

☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงานราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ ลูกจ้างประจำเงินทุนหมุนเวียน ☐ ลูกจ้างชั่วคราวเงินทุนหมุนเวียน ☐ อื่น ๆ ระบุ ....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน .... บาท **ที่มาของรายได้** ☐ บำนาญ ☐ ผู้อื่นให้ ☐ รับจ้างอื่น ๆ ....

ตำแหน่งก่อนเกษียณ ....

สังกัด สำนัก/กอง/สำนักงาน ....

....

กรม/รัฐวิสาหกิจ ....

การพักอาศัย ☐ อาศัยอยู่กับครอบครัว ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น ☐ อาศัยอยู่ลำพังไม่มีผู้ดูแล

สภาพที่อยู่อาศัย ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร
☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่สาธารณะ

ประวัติการรักษาตัว (กรณีอื่น ๆ เจ็บป่วยเป็นโรคที่ต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง)

☐ เป็นผู้ทุพพลภาพ (มีใบรับรองแพทย์/บัตรประจำตัวคนพิการ)

☐ ป่วยเป็นโรค ....

สถานที่รักษา ....

๓. สามารถยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือได้ที่ หน่วยงานต้นสังกัด ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ พร้อมกับแนบหลักฐาน ดังนี้

๓.๑ สำเนาบัตรประชาชน/บัตรบำนาญ ของผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ และผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์ได้ด้วยตนเอง) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๓.๒ ใบรับรองแพทย์ กรณีเจ็บป่วย หรือทุพพลภาพ

๓.๓ หนังสือรับรองจากบุคคลที่น่าเชื่อถือได้ เช่น กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน หรือข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการและรับรองสำเนาถูกต้อง

๓.๔ สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก (เฉพาะหน้าแรก) ของผู้ขอรับเงินสงเคราะห์/ผู้แทน/ผู้ดูแลคนพิการ เพื่อโอนเงินเข้าบัญชี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์/ผู้แทน/ผู้ดูแลคนพิการ

(..)

วันที่ ..../..................../..................

หนังสือรับรอง
(กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป)

วันที่ ..../................../................

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ....

ตำแหน่ง..

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ ....หมู่ที่ .... ตำบล .... อำเภอ ....

จังหวัด .... โทรศัพท์ ....

ขอรับรองว่า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ....

การพักอาศัย ☐ อาศัยอยู่กับครอบครัว ☐ อาศัยอยู่กับผู้อื่น ☐ อาศัยอยู่ลำพังไม่มีผู้ดูแล

สภาพที่อยู่อาศัย ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร ☐ มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร
☐ อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น ☐ บ้านเช่า ☐ พื้นที่สาธารณะ

ประวัติการรักษาตัว (กรณีอื่น ๆ เจ็บป่วยเป็นโรคที่ต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง)

☐ เป็นผู้ทุพพลภาพ (มีใบรับรองแพทย์/บัตรประจำตัวคนพิการ)

☐ ป่วยเป็นโรค ....

เป็นผู้สมควรจะได้รับการพิจารณารับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือของมูลนิธิเกษตราธิการ และข้อความที่ได้กรอกไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ...ผู้รับรอง

(...)

ตำแหน่ง...

วันที่ ..../................../..............

หมายเหตุ : แนบสำเนาบัตรข้าราชการของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป
พร้อมลงนามรับรองสำเนาเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๑ ฉบับ