



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมส่งเสริมการเกษตร กองการเจ้าหน้าที่ โทร. ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

ที่ กษ ๑๐๐๒/๐๔๓๔ วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง การให้เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

เรียน ผู้อำนวยการกองทุกกอง ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาการเกษตรที่ ๑ - ๖
ผู้อำนวยการศูนย์ทุกศูนย์ เกษตรจังหวัดทุกจังหวัด และเกษตรกรุงเทพมหานคร

ด้วยกรมส่งเสริมการเกษตรได้รับแจ้งจากสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ว่ามูลนิธิเกษตรราธิการมีความประสงค์จะจัดสรรเงินมูลนิธิเกษตรราธิการ เพื่อให้เป็นเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ในการนี้ เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ให้รับทราบโดยทั่วกัน กรมส่งเสริมการเกษตรจึงขอให้หน่วยงานดำเนินการ ดังนี้

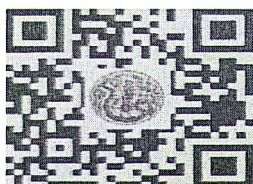
๑. เผยแพร่ประกาศมูลนิธิเกษตรราธิการ เรื่อง การให้เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (รายละเอียดตามที่แนบ)

๒. คัดกรองผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือ ให้ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่เกษียณอายุราชการแล้ว และรวบรวมส่งแบบคำขอฯ ให้กองการเจ้าหน้าที่ภายในวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ เพื่อที่จัดส่งรายชื่อให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ต่อไป

ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดประกาศ และแบบคำขอการให้เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้จากเว็บไซต์ www.opsmoac.go.th หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์ (ประกาศมูลนิธิเกษตรราธิการ แบบคำขอ) หรือดาวน์โหลดได้จาก QR Code ที่ปรากฏท้ายหนังสือฉบับนี้

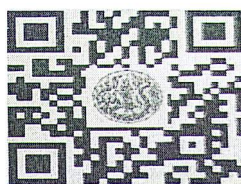
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป


(นายคณัย ชื่นอารมย์)
ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร



ประกาศมูลนิธิเกษตรราธิการ

<https://bit.ly/31FU7HL>



แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือ

<https://bit.ly/3tNcKwo>



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 รายละเอียด 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 ผลการพิจารณาถือเป็นขั้นสุดท้าย

๕. การยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือได้ที่ หน่วยงานต้นสังกัด ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา

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

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายอนันต์ สุวรรณรัตน์)

ประธานกรรมการมูลนิธิเกษตราธิการ



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 ☐ พื้นที่ดินสาธารณะ

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 หรือข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษ ขึ้นไป 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

เป็นผู้สมควรจะได้รับการพิจารณารับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือของมูลนิธิเกษตรบริการ และข้อความที่ได้กรอกไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ / /

หมายเหตุ : แบบสำเนาบัตรข้าราชการของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป พร้อมลงนามรับรองสำเนาเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๑ ฉบับ