



บันทึกข้อความ

กองการเจ้าหน้าที่
ที่ 476
วันที่ ๒๕ มี.ค. ๒๕๖๔
เวลา 15.45 ชม
กรมส่งเสริมการเกษตร 261

ส่วนราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กองการเจ้าหน้าที่ โทร. ๐๒ ๒๕๑.๔๑๖๗, ๒๓๖

ที่ กษ ๐๒๐๒/ว ๑๓๓๓ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การให้เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

เรียน ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่กรมส่งเสริมการเกษตร

ด้วยมูลนิธิเกษตรราธิการ มีความประสงค์จะจัดสรรเงินมูลนิธิเกษตรราธิการ เพื่อให้เป็นเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ในการนี้ เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ให้รับทราบโดยทั่วกัน จึงขอความอนุเคราะห์ท่านดำเนินการดังนี้

๑. เผยแพร่ประกาศมูลนิธิเกษตรราธิการ เรื่อง การให้เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (รายละเอียดตามที่แนบ)

๒. คัดกรองผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือฯ และรวบรวมส่งแบบคำขอฯ ให้ผู้ช่วยเลขานุการมูลนิธิเกษตรราธิการ (นางสุพิศ พูลคุณากร กลุ่มช่วยผู้อำนวยการน้กบริหารและประสานราชการ กองกลางสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๕๑ ๙๙๗๑) ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

๒๕ มี.ค. ๒๕๖๔

(นายครองศักดิ์ สงรักษา)
ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์



ประกาศมูลนิธิเกษตรราธิการ
<https://bit.ly/3lFU7HL>



แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือ
<https://bit.ly/3tNckwo>

คุณพูนอำนาจ

26 มี.ค. 64

(นางสาวอรพรรณ คงอภิรักษ์)
ผู้อำนวยการกลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์
กองการเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการเกษตร



ประกาศมูลนิธิเกษตรราธิการ
เรื่อง การให้เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ด้วยมูลนิธิเกษตรราธิการ 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 มูลนิธิเกษตรราธิการจะประกาศรายชื่อผ่านทางเว็บไซต์ www.opsmoac.go.th หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์ และแจ้งผ่านหน่วยงานในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายอนันต์ สุวรรณรัตน์)

ประธานกรรมการมูลนิธิเกษตรราธิการ



สำหรับเจ้าหน้าที่ เท่านั้น

เลขที่ วันที่รับเรื่อง

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

๑. ผู้ยื่นคำขอ/ผู้แฉ่งแทน (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 พร้อมกับแบบหลักฐาน 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

เป็นผู้สมควรจะได้รับการพิจารณารับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือของมูลนิธิเกษตรราธิการ และข้อความที่ได้กรอกไว้
เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ / /

หมายเหตุ : แนบสำเนาบัตรข้าราชการของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป
พร้อมลงนามรับรองสำเนาเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๑ ฉบับ