โครงการกระตุ้นเศรษฐกิจ ปี 2567
ผ่านคนพิการ

สำนักงานคลังจังหวัดนครราชสีมา

ประมาณ 2.15 ล้านราย
ข้อมูล ณ 31 ส.ค.2567

รัฐสนับสนุน 10,000 บาท/คน
สามารถซื้อสินค้าและบริการที่เหมาะสม
ต่อการดำรงชีวิตโดยไม่จำกัดประเภทร้านค้า

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน

- มีบัตรประจำตัวคนพิการที่ยังไม่หมดอายุ ตามฐานข้อมูล พก. พม. ณ วันที่ 31 ส.ค.67
- มีบัตรประจำตัวคนพิการที่หมดอายุ ตามฐานข้อมูล พก. พม. และไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ต้องต่ออายุบัตรฯ ภายในวันที่ 3 ธ.ค.67
- ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการในฐานข้อมูล พก. พม. แต่ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตามฐานข้อมูลของ อบต. หรือเทศบาลที่ตนมีภูมิลำเนา และไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ต้องทำบัตรประจำตัวคนพิการภายในวันที่ 3 ธ.ค.67
- ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการในฐานข้อมูล พก. พม. แต่ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตามฐานข้อมูลของ อบต. หรือเทศบาลที่ตนมีภูมิลำเนา และมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่ไม่ยินยันตัวตน (e-kyc) ภายในวันที่ 31 ส.ค.67 ต้องทำบัตรประจำตัวคนพิการภายในวันที่ 3 ธ.ค.67
- ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ พม. ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2567

ช่องทางการรับเงิน

1. ผ่านช่องทางการรับเงินเบี้ยความพิการของ อบต. หรือเทศบาลที่ตนมีภูมิลำเนา ได้แก่
   - กรณีรับเงินสด รับเงินสดด้วยตนเอง หรือรับเงินสดโดยผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
   - กรณีเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร โอนเข้าบัญชีของผู้มีสิทธิ หรือเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

2. ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขประจำตัวประชาชน

กำหนดการโอนเงินให้คนพิการ ในวันที่ 25 กันยายน 2567

โอนเงินไม่สำเร็จในครั้งแรก จะโอนซ้ำ (Retry) จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ช่องทางการรับเงิน	วันดำเนินการ เพื่อจ่ายเงินซ้ำ		
	ครั้งที่ 1 จ่าย 21 ต.ค.67	ครั้งที่ 2 จ่าย 21 พ.ย.67	ครั้งที่ 3 จ่าย 19 ธ.ค.67
1. กรณีบัตรประจำตัวคนพิการที่ยังไม่หมดอายุ			
1.1 มีข้อมูลบัตรประจำตัวคนพิการ แต่ข้อมูลการจ่ายเงินเบี้ยความพิการไม่ถูกต้อง (ให้ทำการแก้ไขข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารที่รับเงินเบี้ยความพิการของ อบต. หรือเทศบาล ที่ตนมีภูมิลำเนา)	ดำเนินการภายในวันที่ 27 ก.ย.67	ดำเนินการภายในวันที่ 30 ต.ค.67	ดำเนินการภายในวันที่ 28 พ.ย.67
1.2 มีข้อมูลบัตรประจำตัวคนพิการ แต่ไม่มีข้อมูลการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ - เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ พร้อมผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขประจำตัวประชาชน **หรือ**	ดำเนินการภายในวันที่ 18 ต.ค.67	ดำเนินการภายในวันที่ 18 พ.ย.67	ดำเนินการภายในวันที่ 16 ธ.ค.67
- ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อ อบต. หรือเทศบาล ที่ตนมีภูมิลำเนา	ดำเนินการภายในวันที่ 27 ก.ย.67	ดำเนินการภายในวันที่ 30 ต.ค.67	ดำเนินการภายในวันที่ 28 พ.ย.67
2. กรณีบัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือมีบัตรฯ แต่ยืนยันตัวตน (e-KYC) หลัง 31 ส.ค.67 หรือยังไม่ยืนยันตัวตน (e-KYC)			
2.1 บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ ทั้งที่มีข้อมูลและไม่มีข้อมูลการรับเงินเบี้ยความพิการ - ต่ออายุ/ ทำบัตรประจำตัวคนพิการ	ดำเนินการภายในวันที่ 10 ต.ค.67	ดำเนินการภายในวันที่ 12 พ.ย.67	ดำเนินการภายในวันที่ 3 ธ.ค.67
2.2 บัตรประจำตัวคนพิการหมดอายุ และไม่มีข้อมูลการรับเงินเบี้ยความพิการ - เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ พร้อมผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขประจำตัวประชาชน **หรือ**	ดำเนินการภายในวันที่ 18 ต.ค.67	ดำเนินการภายในวันที่ 18 พ.ย.67	ดำเนินการภายในวันที่ 16 ธ.ค.67
- ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อ อบต. หรือเทศบาล ที่ตนมีภูมิลำเนา	ดำเนินการภายในวันที่ 27 ก.ย.67	ดำเนินการภายในวันที่ 30 ต.ค.67	ดำเนินการภายในวันที่ 28 พ.ย.67
3. กรณีไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการในฐานข้อมูลของ พก. พม. แต่ได้รับเงินเบี้ยความพิการ (ต้องทำบัตรประจำตัวคนพิการ)	ดำเนินการภายในวันที่ 10 ต.ค.67	ดำเนินการภายในวันที่ 12 พ.ย.67	ดำเนินการภายในวันที่ 3 ธ.ค.67

ช่องทางการตรวจสอบสิทธิและผลการได้รับเงินตามโครงการ

ตรวจสอบสิทธิและผลการได้รับเงิน ได้ตั้งแต่วันที่ 24 ก.ย. 67

- https://govwelfare.cgd.go.th/welfare/home
- https://โครงการกระตุ้นเศรษฐกิจ2567.cgd.go.th
- แอปพลิเคชัน "รัฐจ่าย" (โดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง)
- https://govwelfare.dep.go.th/check (เฉพาะคนพิการ)

กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด : สำนักงานคลังจังหวัดนครราชสีมา
044 - 242215 สำนักงานคลังจังหวัดนครราชสีมา
@khlangNMA nma@cgd.go.th

โครงการกระตุ้นเศรษฐกิจ ปี 2567
ผ่านผู้มีสิทธิสวัสดิการแห่งรัฐ

สำนักงานคลังจังหวัดนครราชสีมา

ประมาณ 12.40 ล้านราย
ข้อมูล ณ 31 ส.ค.2567

รัฐสนับสนุน 10,000 บาท/คน
สามารถซื้อสินค้าและบริการที่เหมาะสม
ต่อการดำรงชีวิตโดยไม่จำกัดประเภทร้านค้า

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน

- มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
- ยืนยันตัวตน (e-KYC) ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2567
- ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ พม. ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2567

ช่องทางการรับเงิน

1. ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารที่ผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขประจำตัวประชาชน

2. ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารตามที่ได้แจ้งความประสงค์ในหนังสือยินยอมฯ
เฉพาะกรณีผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี

อย่าลืม!! เปิดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ธนาคารใดก็ได้) และผูกพร้อมเพย์กับเลขประจำตัวประชาชน ก่อนวันจ่ายเงิน 3 วัน
และตรวจสอบบัญชีเงินฝากธนาคารจะต้องมีสถานะเคลื่อนไหวบัญชีอยู่เพื่อรับเงินได้

กำหนดการโอนเงินโครงการกระตุ้นเศรษฐกิจ ปี 2567

- 25 ก.ย. 2567 เลขประจำตัวประชาชนลงท้ายด้วยเลข 0
- 26 ก.ย. 2567 เลขประจำตัวประชาชนลงท้ายด้วยเลข 1,2,3
- 27 ก.ย. 2567 เลขประจำตัวประชาชนลงท้ายด้วยเลข 4,5,6,7
- 30 ก.ย. 2567 เลขประจำตัวประชาชนลงท้ายด้วยเลข 8,9

โอนเงินไม่สำเร็จในครั้งแรก จะโอนซ้ำ (Retry) จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

1. บัญชีพร้อมเพย์ที่ผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขประจำตัวประชาชน

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
• เลข 0 จ่าย 25 ก.ย. 2567 • เลข 1,2,3 จ่าย 26 ก.ย. 2567	ครั้งที่ 1 จ่าย 21 ต.ค.67 (ดำเนินการภายในวันที่ 18 ต.ค.67)	ครั้งที่ 2 จ่าย 21 พ.ย.67 (ดำเนินการภายในวันที่ 18 พ.ย.67)	ครั้งที่ 3 จ่าย 19 ธ.ค.67 (ดำเนินการภายในวันที่ 16 ธ.ค.67)
• เลข 4,5,6,7 จ่าย 27 ก.ย. 2567 • เลข 8,9 จ่าย 30 ก.ย. 2567	ครั้งที่ 1 จ่าย 22 ต.ค.67 (ดำเนินการภายในวันที่ 19 ต.ค.67)	ครั้งที่ 2 จ่าย 22 พ.ย.67 (ดำเนินการภายในวันที่ 19 พ.ย.67)	ครั้งที่ 3 จ่าย 20 ธ.ค.67 (ดำเนินการภายในวันที่ 17 ธ.ค.67)

2. บัญชีเงินฝากธนาคารตามหนังสือยินยอมฯ (กรณีไม่สามารถผูกบัญชีพร้อมเพย์ได้)

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
• ผู้มีสิทธิยื่นหนังสือยินยอมฯ ณ สนง.คลังจังหวัด/กรมบัญชีกลาง	ครั้งที่ 1 จ่าย 21-22 ต.ค.67 (ดำเนินการภายในวันที่ 30 ก.ย.67)	ครั้งที่ 2 จ่าย 21 -22 พ.ย.67 (ดำเนินการภายในวันที่ 31 ต.ค.67)	ครั้งที่ 3 จ่าย 19-20 ธ.ค.67 (ดำเนินการภายในวันที่ 29 พ.ย.67)

ช่องทางการตรวจสอบสิทธิและผลการได้รับเงินตามโครงการ และติดต่อสอบถาม

ตรวจสอบสิทธิและผลการได้รับเงิน

ตรวจสอบสิทธิได้ตั้งแต่วันที่ 24 ก.ย. 67

- https://govwelfare.cgd.go.th/welfare/home
- https://โครงการกระตุ้นเศรษฐกิจ2567.cgd.go.th
- แอปพลิเคชั่น "รัฐจ่าย" (โดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง)
- https://govwelfare.dep.go.th/check (เฉพาะคนพิการ)

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐและคนพิการที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

- 02-109-2345 (ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ)
- 02-109-2345 กด 1 กด 5 (ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ) ผ่านระบบตอบรับอัตโนมัติ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- 02-270-6400 (Call Center กรมบัญชีกลาง)

คนพิการ

- Call Center 1300
- 02-354-3388 ต่อ 701-702 (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ)
- ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด ทั่วประเทศ
- อปท. กทม. และเมืองพัทยา

กลุ่มงานนโยบายและเศรษฐกิจจังหวัด : สำนักงานคลังจังหวัดนครราชสีมา
044 - 242215 สำนักงานคลังจังหวัดนครราชสีมา @khlangNMA nma@cgd.go.th

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีบุคคลอื่น สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (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 □□□-□□□-□□□□

เป็นผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (โครงการฯ) ในฐานะ □ ผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง □ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถเปิดบัญชีหรือผูกพร้อมเพย์ได้

ยินยอมให้กระทรวงการคลังโอนเงินสวัสดิการตามโครงการฯ ของข้าพเจ้าผ่านบัญชีธนาคาร ..... 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 ..... ของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาของโครงการฯ หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะมีการแจ้งขอแก้ไข โดยผู้รับโอนจะถอนเงินนี้ให้แก่ข้าพเจ้าเพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้รับโอนเงินสวัสดิการแทนเช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ของผู้รับเงินสวัสดิการแทน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)

หนังสือให้ความยินยอมโอนเงินสวัสดิการเข้าบัญชีร่วมกับบุคคลอื่น สำหรับผู้ได้รับสิทธิ์โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (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 ☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐

เป็นผู้ได้รับสิทธิ์ตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ (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 เพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... ผู้ถือบัญชีร่วม
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ..... พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ
1. กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน
2. กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัญชีร่วม พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
3. เอกสารแสดงความสัมพันธ์ของผู้ได้รับสิทธิ์โครงการฯ และผู้ถือบัญชีร่วม เช่น สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารประเภทออมทรัพย์/สะสมทรัพย์/เผื่อเรียก/กระแสรายวัน (ยกเว้นประเภทเงินฝากประจำ/ออมทรัพย์พิเศษ/บัญชีที่มีเงื่อนไข) ที่จะรับเงินสวัสดิการ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)