แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

**🞎 ตรวจสอบสิทธิครั้งแรก**

**🞎 แก้ไขข้อมูลสิทธิ (เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.)**

**🞎 แก้ไขข้อมูลสิทธิ (ไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.)**

-----------------------------------------------------------

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

ข้าพเจ้า 🞎 นาย 🞎 นาง 🞎 นางสาว

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง

ปฏิบัติงานในราชการ

หมายเหตุ โดยส่วนราชการดังกล่าวต้องมีชื่อตำแหน่งของผู้มีสิทธิรับเงิน พ.ต.ส. ในโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังของหน่วยงาน ตามที่ สป.กำหนด

🞎 ส่วนกลาง กลุ่มงานหรือกลุ่ม - กองหรือสำนัก -

🞎 ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานหรือแผนก

**🞎** โรงพยาบาล 🞎 สสอ. .สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน 🞎 การปฏิบัติการ 🞎 การวางแผน 🞎 การประสานงาน 🞎 การบริการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน 🞎 นายแพทย์ 🞎 ทันตแพทย์ 🞎 เภสัชกร 🞎 พยาบาลวิชาชีพ

🞎 นักกายภาพบำบัด 🞎 นักเทคนิคการแพทย์ 🞎 นักจิตวิทยา 🞎 นักรังสีการแพทย์
ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส.

🞎 กลุ่มที่ 1 ข้อ **-** 🞎 กลุ่มที่ 2 ข้อ 🞎 กลุ่มที่ 3 ข้อ 🞎 กลุ่มที่ 4 (สหวิชาชีพ) ในอัตราเดือนละ ตั้งแต่วันที่(วันที่เริ่มตรวจสอบสิทธิ)

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. ดังนี้

**1. (สำเนาปริญญาบัตรตามตำแหน่งที่ใช้ในการขอรับเงิน พ.ต.ส.)**

**2. (สำเนาใบประกอบวิชาชีพ สำเนาใบวุฒิบัตร หรือเอกสารอ้างสิทธิรับเงิน พ.ต.ส.ในกลุ่มที่เบิก)**

**3. (สำเนาบัตรประชาชน) / (สำเนาคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหน้าที่)**

*คำเตือน* : กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงานผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ/หัวหน้างานบริหารทั่วไป (ในกรณีที่ส่วนราชการไม่มีเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล) เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใด แจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. เป็นเท็จ หรือละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 หรือมาตรา 267 และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ

( ) 🗴

วันที่

ผลการตรวจสอบ...

- 2 -

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

 ( ) ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ถึง ( ) ไม่ครบถ้วน เพราะ

 ลงชื่อ

 (  ) 🗴

 ตำแหน่ง

 วันที่

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

 ( ) ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ ถึง ( ) ไม่ครบถ้วน เพราะ

 ลงชื่อ

 ( ) 🗴

 ตำแหน่ง

 วันที่

 ( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

เหตุผล เหตุผล

ลงชื่อ ลงชื่อ

 ( ) 🗴 ( )

ตำแหน่ง ตำแหน่ง

วันที่ วันที่

 (หัวหน้าหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า) (ผู้มีอำนาจอนุมัติ)

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ

 ( ) 🗴

วันที่

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย 🗸 ในวงเล็บ ( )