

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. ในโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังของ
หน่วยงาน ตามที่ สป.กำหนด

ส่วนกลาง กลุ่มงานหรือกลุ่ม..... - กองหรือสำนัก..... -

ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานหรือแผนก.....

โรงพยาบาล..... สสอ.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน การปฏิบัติการ การวางแผน การประสานงาน การบริการ
ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน 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 หรือเอกสารอ้างอิงสิทธิรับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่เบิก).....

3. (สำเนานับประชาชน) / (สำเนาคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหน้าที่).....

คำเตือน : กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงานผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่
งานบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ/หัวหน้างานบริหารทั่วไป (ในกรณีที่ส่วนราชการไม่มีเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล) เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิ
การรับเงิน พ.ต.ส. ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใด แจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. เป็นเท็จ หรือละเว้นไม่แจ้ง
แก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 หรือมาตรา
267 และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ.....

(.....) X

วันที่.....

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

() ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....ถึง..... () ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....) X

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

() ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....ถึง..... () ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....) X

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

เหตุผล.....

เหตุผล.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) X

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

วันที่.....

(หัวหน้าหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า)

(ผู้มีอำนาจอนุมัติ)

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....) X

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ ()