

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

- กรณีบรรจุใหม่ หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก หรือ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส. หรือ
 กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

ข้าพเจ้า

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานในราชการ

- ส่วนกลาง กลุ่มงานหรือกลุ่ม.....-.....กองหรือสำนัก.....-.....
 ส่วนภูมิภาค งาน/แผนก.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง นายแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ
 นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด
นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่
ด้านจิตวิทยาคลินิก อื่นๆ.....

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน ด้านปฏิบัติการ ด้านการวางแผน
 ด้านการประสานงาน ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน นายแพทย์.....
 ทันตแพทย์.....
 เภสัชกร.....
 พยาบาลวิชาชีพ.....
 นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด
นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่
ด้านจิตวิทยาคลินิก อื่นๆ.....

ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่ กลุ่มที่ ๑ กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่ ๓ ข้อ.....
ในอัตราเดือนละ.....ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. (พร้อมลงลายมือชื่อ) ดังนี้ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 สำเนาใบปริญญาบัตร/ใบรับรองคุณวุฒิ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
 สำเนารุขบัตรและหรืออนุสาขา สำเนาการผ่านการอบรมในหลักสูตรตามที่กำหนด
 หลักฐานการมอบหมายงาน ได้แก่ คำสั่งฯ และหลักฐานการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้นๆ
 อื่นๆ ระบุ.....

คำเตือน : กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ/หัวหน้างาน บริหารทั่วไป (ในกรณีที่ส่วนราชการไม่มีเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล) เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใด แจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. เป็นเท็จ หรือละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ หรือมาตรา ๒๖๗ และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิได้รับพ.ต.ส.

()

วันที่.....

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

() ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

() ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....(กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

() ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

() ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....(หัวหน้างานการเงิน)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

| | |
|---|---|
| <p>() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....</p> <p>(หัวหน้าฝ่าย)</p> | <p>() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....</p> <p>(ผู้มีอำนาจอนุมัติ)</p> |
|---|---|

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ ()