

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

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

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานในราชการ

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

โรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง.....

- ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน  ด้านปฏิบัติการ  ด้านการวางแผน
- ด้านการประสานงาน  ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน.....

ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่.....ข้อ.....

ในอัตราเดือนละ.....บาท ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. (พร้อมลงลายมือชื่อ) ดังนี้

- สำเนาใบประกอบวิชาชีพ.....
- สำเนาวุฒิบัตรและหรืออนุสาขา.....
- สำเนาการผ่านการอบรมในหลักสูตรตามที่กำหนด.....
- หลักฐานการมอบหมายงาน ได้แก่ คำสั่งฯ และหลักฐานการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้นๆ

อื่นๆ ระบุ.....

คำเตือน : กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงานผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ/หัวหน้างาน บริหารทั่วไป (ในกรณีที่ส่วนราชการ ไม่มีเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล) 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.....ผู้มีสิทธิได้รับ พ.ต.ส.

(.....)

วันที่.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น

<input type="checkbox"/> เห็นชอบ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ เหตุผล.....  ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่..... (หัวหน้างาน/ศูนย์)	<input type="checkbox"/> เห็นชอบ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ เหตุผล.....  ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่..... (หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน)
--	---

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

- ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....  
 ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....(กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

- ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....  
 ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....(กลุ่มงานการเงิน)  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

อนุมัติ     ไม่อนุมัติ

เหตุผล.....

อนุมัติ     ไม่อนุมัติ

เหตุผล.....

(นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี  
วันที่.....  
(หัวหน้าหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า)

(นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี  
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
วันที่.....  
(ผู้มีอำนาจอนุมัติ)

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวงเล็บ ( )