

คำอธิบาย

- (๑) ให้เลือกกระบุ กรณีบรรจุใหม่หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก หรือกรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส. หรือกรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.
- (๒) ให้เลือกกระบุ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีราชการส่วนกลาง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ถ้าได้รับมอบอำนาจ) กรณีราชการส่วนภูมิภาค
- (๓) ให้ระบุค่านำหน้าชื่อ ชื่อ-สกุล ข้าราชการผู้มีสิทธิได้รับ พ.ต.ส.
- (๔) ให้ระบุตำแหน่งซึ่งได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ของข้าราชการ ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส.
- (๕) ระบุส่วนราชการที่มีสิทธิได้รับเงินพ.ต.ส.ปฏิบัติงานอยู่ โดยส่วนราชการดังกล่าวต้องมีชื่อตำแหน่งของผู้มีสิทธิรับเงิน พ.ต.ส. ในโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังของหน่วยงาน ตามที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดด้วย
- (๖) ให้ระบุปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบหลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ.กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
- (๗) ให้ระบุการปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ.กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งด้านต่างๆ ดังนี้
 ๑. ด้านปฏิบัติการ
 ๒. ด้านการวางแผน
 ๓. ด้านการประสานงาน
 ๔. ด้านการบริการ
- (๘) ให้ระบุงานที่ได้รับคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติที่ตรงตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข ดังนี้
 - (๑) นายแพทย์ หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)
 - (๒) ทันตแพทย์ หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (ทันตแพทย์)
 - (๓) เภสัชกร หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (เภสัชกรรม)
 - (๔) พยาบาลวิชาชีพ
 - (๕) นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมายหรือนักวิชาการศึกษาพิเศษที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย นักกิจกรรมบำบัด หรือนักอาชีวบำบัดที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยาคลินิก และนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก
- (๙) ให้ระบุกลุ่มที่ได้รับคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษที่ตรงตามหลักเกณฑ์ พ.ต.ส. ดังนี้ กลุ่มที่ ๑ กลุ่มที่ ๒ หรือ กลุ่มที่ ๓
- (๑๐) ให้ระบุลำดับย่อยภายใต้กลุ่ม กลุ่มที่ ๑ กลุ่มที่ ๒ หรือ กลุ่มที่ ๓ หากไม่มี ให้ขีดเครื่องหมาย -

- (๑๑) ระบุอัตราเงินเพิ่มที่ขอเบิกเป็นจำนวน บาท/เดือน
- (๑๒) ระบุวันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข
- (๑๓) ระบุเอกสารหลักฐานที่แสดงการได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข ตามกลุ่มตำแหน่ง ตามลักษณะงาน ประกอบด้วย
 ๑. หลักฐานที่ระบุคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ.กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
 ๒. หลักฐานตามหลักเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กลุ่ม และข้อที่อ้างสิทธิรับเงินพ.ต.ส.ใน (๙) และ (๑๐) ของแบบตรวจสอบสิทธิการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)
- (๑๔) ให้ลงลายมือชื่อ พร้อมระบุชื่อ-สกุล ผู้มีสิทธิได้รับ พ.ต.ส. พร้อมวันที่ยื่นขอตรวจสอบสิทธิ
- (๑๕) ให้ระบุผลการตรวจสอบสิทธิการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ว่าครบถ้วน หรือไม่ครบถ้วน เพราะสาเหตุใด พร้อมระยะเวลาที่ตรวจสอบสิทธิของข้าราชการผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข
- (๑๖) ให้ลงลายมือชื่อ พร้อมระบุชื่อ-สกุล หัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาล/หน่วยงาน ตำแหน่ง พร้อมวันที่ยืนยันผลการตรวจสอบสิทธิของข้าราชการผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษด้านการสาธารณสุข
- (๑๗) ให้ระบุผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด ว่าครบถ้วน หรือไม่ครบถ้วน เพราะสาเหตุใด พร้อมระยะเวลาที่ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินของข้าราชการผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข
- (๑๘) ให้ลงลายมือชื่อ พร้อมระบุชื่อ-สกุล หัวหน้างานการเงินของโรงพยาบาล/หน่วยงาน ตำแหน่ง พร้อมวันที่ยืนยันผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินของข้าราชการผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษด้านการสาธารณสุข
- (๑๙) ให้ระบุความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วยงาน และให้ลงลายมือชื่อ พร้อมระบุชื่อ-สกุล ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา พร้อมวันที่ให้ความเห็นต่อผลการตรวจสอบสิทธิของข้าราชการผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข
- (๒๐) ให้ระบุการอนุมัติของหัวหน้าส่วนราชการ หรือผู้อื่นที่มีอำนาจลงนามในนิติกรรมแทนส่วนราชการ ให้ลงลายมือชื่อ พร้อมระบุชื่อ - สกุล ตำแหน่งผู้บังคับบัญชา พร้อมวันที่ให้ความเห็นต่อผลการตรวจสอบสิทธิของข้าราชการผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข ดังนี้
 ๑. กรณีราชการส่วนกลาง ลงนามโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 ๒. กรณีราชการส่วนภูมิภาค ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
(หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
กรณีได้รับมอบอำนาจ)
- (๒๑) ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ลงลายมือชื่อ พร้อมระบุชื่อ - สกุล เพื่อยืนยันรับทราบผลการพิจารณาตรวจสอบ พร้อมวันที่ได้รับทราบผลการตรวจสอบ