แบบคำขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน
ในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน
พ.ศ.25

.....

ที่.....

วันที่.....**เดือน**.....**พ.ศ.** .....

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
ตำแหน่ง..... .....ระดับ.....อายุราชการ.....ปี
มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....
สถานที่ปฏิบัติงาน.....สังกัดกอง.....กรม.....
โทรศัพท์.....มีความประสงค์จะขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน เป็นเงินเดือนละ.....บาท(.....)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า ข้าพเจ้าจะตั้งใจปฏิบัติงานหรือได้ปฏิบัติงานมาแล้วด้วยความเสียสละซึ่งพร้อมที่จะรับการประเมินตลอดเวลา และข้าพเจ้าพร้อมจะปฏิบัติงานอื่นเพิ่มเติมจากงานประจำ ดังนี้

(1).....
(2).....
(3).....

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินเพิ่มพิเศษดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าต่อไป พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน

1.สำเนาทะเบียนบ้าน

2.หลักฐานการแจ้งเลิกการทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นของคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

1.ผลการตรวจสอบคุณสมบัติ

( ) ครบถ้วน

( ) ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

.....

2.ผลการประเมินความเหมาะสม

( ) เหมาะสม

( ) ไม่เหมาะสม เพราะ.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

วันที่.....

หนังสือสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน
ในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน
พ.ศ.25

.....

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....ระดับ.....เงินเดือน.....บาท
ปฏิบัติงานที่.....สังกัดกอง.....กรม.....
เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....ชื่อสามี/ภรรยา.....
.....ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิได้รับเงินเพิ่มพิเศษ เป็นเงินเดือนละ.....บาท
(.....) นับตั้งแต่.....เป็นต้นไป
โดยระหว่างที่ข้าพเจ้าได้รับเงินเพิ่มพิเศษดังกล่าว ข้าพเจ้าซึ่งในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้ให้สัญญา"
ฝ่ายหนึ่ง ขอให้สัญญาไว้แก่กรม.....ซึ่งในสัญญานี้เรียกว่า "ผู้รับสัญญา"
อีกฝ่ายหนึ่ง ดังมีข้อความต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ให้สัญญาได้ทราบและเข้าใจหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้แล้วขณะทำสัญญานี้ ผู้ให้สัญญาขอผูกพันและจะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว ทั้งที่มีอยู่และที่จะมีขึ้นในภายหน้าโดยเคร่งครัด

ข้อ 2 ในระหว่างที่มีผลบังคับใช้อยู่และผู้ให้สัญญาจะได้รับเงินเพิ่มพิเศษหรือไม่ก็ตามผู้ให้สัญญาจะไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจรักษา การรับปรึกษา การแปรผล การวินิจฉัย การให้บริการทางทันตกรรม การจ่ายยา การผลิตยา หรือการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขใดๆ ซึ่งมีความหมายในทำนองเดียวกัน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้สัญญา

ข้อ 3 ผู้ให้สัญญาจะไม่ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพ จนถูกลงโทษให้พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ตลอดจนระยะเวลาที่ผู้ให้สัญญายังมีข้อผูกพันตามสัญญานี้

ข้อ 4 ผู้ให้สัญญาจะต้องเป็นผู้ที่ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา ลาฝึกอบรมหรือดูงานหรือลาประเภทอื่นตามความประสงค์ของตน ซึ่งการลาดังกล่าวทำให้เหลือวันปฏิบัติงานด้านนั้นๆ น้อยกว่า 15 วันทำการในเดือนนั้น เว้นแต่การลาอุปสมบท การลาไปประกอบพิธีฮัจย์ หรือการลาคลอดบุตร

กรณีตามวรรคหนึ่งหากมีวันปฏิบัติงาน ด้านนั้นๆ ถึง 15 วันทำการ ให้ได้รับเงินเพิ่มพิเศษเต็มจำนวน

ข้อ 5 ถ้าผู้ให้สัญญาไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติฝ่าฝืนสัญญานี้ ผู้ให้สัญญาจะไม่มีสิทธิรับเงินเพิ่มพิเศษในเดือนนั้นทั้งเดือน

กรณีที่ผู้ให้สัญญาถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือใบประกอบโรคศิลปะ ให้ถือว่าเป็นอันหมดสิทธิได้รับเงินเพิ่มพิเศษในเดือนที่ถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตแล้วแต่กรณี

ข้อ 6 ผู้ให้สัญญาจะบอกเลิกสัญญาโดยไม่ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้รับสัญญามิได้ การแจ้งของดรับเงินเพิ่มพิเศษเป็นครั้งคราวในระหว่างสัญญามีผลบังคับใช้อยู่จะกระทำมิได้

การบอกเลิกสัญญาตามวรรคหนึ่ง ผู้ให้สัญญาจะต้องแจ้งให้ผู้รับสัญญาทราบ โดยยื่นหนังสือผ่านคณะกรรมการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนถึงวันเลิกรับเงินเพิ่มพิเศษ

ข้อ 7 ถ้าผู้ให้สัญญาซึ่งรับเงินเพิ่มพิเศษแล้ว ปรากฏว่าเป็นผู้ประพฤติผิดสัญญาในข้อหนึ่งข้อใดในสัญญานี้ ผู้ให้สัญญาจะต้องคืนเงินเพิ่มพิเศษให้แก่ผู้รับสัญญาตามที่ได้รับจากทางราชการ รวมทั้งต้องจ่ายเงินเป็นเบี้ยปรับให้แก่ผู้รับสัญญาอีกสองเท่าของเงินที่ผู้ให้สัญญาจะต้องชดใช้คืนบวกกับดอกเบี้ยร้อยละ 15 ต่อปี ของเงินที่ได้รับทั้งหมดนับแต่วันที่ผิดสัญญา

เพื่อประโยชน์ในการคำนวณค่าปรับตามวรรคหนึ่ง เมื่อผู้ให้สัญญามีสิทธิได้รับเงินเพิ่มพิเศษตามสัญญาแล้ว แต่ไม่รับเงินนั้นด้วยเหตุใดๆ ให้ถือว่าผู้ให้สัญญาได้รับเงินเพิ่มพิเศษนั้นแล้วตั้งแต่วันที่มีสิทธิ

ข้อ 8 ผู้ให้สัญญาจะต้องนำเงินไปชำระแก่ผู้รับสัญญา ณ ที่ทำการของผู้รับสัญญาภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้ทราบถึงยอดเงินที่ต้องชำระ และผู้ให้สัญญายอมให้ผู้รับสัญญารับหรือหักเอาเงินบำเหน็จบำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ผู้ให้สัญญามีสิทธิได้รับจากทางราชการ เพื่อเอาชดใช้เงินที่ผู้ให้สัญญาต้องรับผิดชอบตามสัญญานี้ และยอมให้บังคับเอาจากทรัพย์สินอื่น ๆ ของผู้ให้สัญญาได้อีก หากผู้ให้สัญญาไม่ชำระภายในกำหนดหรือชำระให้แต่ไม่ครบ ทั้งนี้จะโดยความยินยอมของผู้ให้สัญญาหรือไม่ก็ตาม ผู้ให้สัญญายอมให้คิดดอกเบี้ยร้อยละ 15 ต่อปี ของเงินที่ยังไม่ได้ชำระอีกด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้ให้สัญญา

ข้อ 9 ผู้รับสัญญาสงวนไว้ซึ่งสิทธิที่จะจ่ายหรืองดจ่ายเงินเพิ่มพิเศษตามสัญญานี้ได้ โดยไม่ต้องบอกเลิกสัญญานี้ เมื่อผู้ให้สัญญาประพฤติหรือปฏิบัติผิดสัญญานี้

ข้อ 10 ผู้ให้สัญญายอมให้ผู้รับสัญญาฟ้องร้องบังคับชำระหนี้ได้ทันที โดยมิต้องบอกกล่าวก่อน

หนังสือสัญญานี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความตรงกัน ผู้ให้สัญญาและผู้รับสัญญา ถือคนละหนึ่งฉบับ

ผู้ให้สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้โดยตลอด เห็นว่าถูกต้องตรงตามความประสงค์ทุกประการแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้สัญญา
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับสัญญา
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

คำยินยอมในกรณีผู้ให้สัญญาเป็นผู้มีคู่สมรส

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก /ซอย.....
ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ซึ่งเป็นสามี / ภรรยาของผู้ให้สัญญา ยอมผูกพันตนตามสัญญานี้และยินยอมในการที่ภรรยา / สามี ข้าพเจ้าทำสัญญานี้

จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แบบประเมินตนเองผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ
สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว / คลินิก
หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ปี 25

หลักเกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1. เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการ ที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการด้านรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค หรือฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล หรือเรียกชื่ออย่างอื่น	..+.....	.....	
2. เป็นผู้ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในคลินิก โรงพยาบาลเอกชน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจรักษา การรับปรึกษา การแปรผล การตรวจวินิจฉัย การให้บริการทางทันตกรรม การจ่ายยา การผลิตยา หรือการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขใด ๆ ซึ่งมีความหมายในทำนองเดียวกัน	.....	.....	
3. เป็นผู้อุทิศเวลาให้กับทางราชการ และพร้อมที่จะปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่หัวหน้าหน่วยบริการมอบหมายเพิ่มเติมจากงานประจำ เช่น 1) ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในคลินิกนอกเวลาราชการ 2) ออกหน่วยเคลื่อนที่ 3) หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 4) การให้บริการเวชศาสตร์ครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิ 5) อยู่เวรบริการพร้อมที่มีจะปฏิบัติงานชันสูตรพลิกศพ 6) กิจกรรมอื่น ๆ ที่กำหนด	.....	.....	
4. เป็นผู้เสียสละปฏิบัติงานด้วยความวิริยะ อุตสาหะ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาในด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างวิชาชีพ หรือระหว่างหน่วยงาน	.....	.....	
5. เป็นผู้ปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง ไม่น้อยกว่า 15 วันทำการในเดือนนั้น ๆ เว้นแต่กรณีที่ทางราชการสั่งให้ไปปฏิบัติงานอื่นตามความประสงค์ของหน่วยบริการ	.....	.....	

แบบประเมินตนเองผู้ขอรับเงินเพิ่มพิเศษ
สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว / คลินิก
หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ปี 25.

หลักเกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
6. เป็นผู้ไม่ประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพจนถูกลงโทษให้พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ	.....	.....	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าที่ประเมินตนเองนี้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ ฯ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา