

## แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

### การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

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

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานในราชการ

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

ส่วนภูมิภาค งาน/แผนก..... กลุ่มงาน.....

โรงพยาบาล.....เสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง  นายแพทย์  ทันตแพทย์  เกษัชกร  พยาบาลวิชาชีพ

สหวิชาชีพ.....

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน  ด้านปฏิบัติการ  ด้านการวางแผน

ด้านการประสานงาน  ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน  นายแพทย์.....

ทันตแพทย์.....

เกษัชกร.....

พยาบาลวิชาชีพ.....

สหวิชาชีพ (ระบุเพิ่ม).....

ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่  กลุ่มที่ ๑,  กลุ่มที่ ๒,  กลุ่มที่ ๓ รหัสจัดกลุ่ม.....

ในอัตราเดือนละ..... ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. (พร้อมลงลายมือชื่อ) ดังนี้

สำเนาใบปริญญาบัตร/ใบรับรองคุณวุฒิ

สำเนาใบประกอบวิชาชีพ

สำเนาวุฒิบัตรและหรืออนุสาขา

สำเนาการผ่านการอบรมในหลักสูตรตามที่กำหนด

หลักฐานการมอบหมายงาน ได้แก่ คำสั่งฯ และหลักฐานการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้นๆ

สำเนาบัตรประชาชน

อื่นๆ ระบุ.....

คำเตือน : กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ/หัวหน้างานบริหารทั่วไป (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.....ผู้มีสิทธิรับเงิน พ.ต.ส.

(.....)

วันที่.....

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป)

- ( ) ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....(ระยะเวลาตรวจสอบสิทธิ)  
( ) ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด (งานการเงิน)

- ( ) ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....(ระยะเวลาตรวจสอบสิทธิ)  
( ) ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

<p>( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง..... วันที่..... (หัวหน้างาน.....)</p>	<p>( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>(นางสาวพชรภัทร ธงศิลา) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา วันที่..... (ผู้มีอำนาจอนุมัติ)</p>
---	---

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.....(ผู้มีสิทธิรับเงิน พ.ต.ส.)  
(.....)

ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวงเล็บ ( )