

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

- ☐ กรณีบรรจุใหม่หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก ☐ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.
☐ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานในราชการ

ส่วนราชการที่มีสิทธิปฏิบัติราชการ/ช่วยราชการ (ตามที่ปฏิบัติจริง)

- ☐ ส่วนกลาง กลุ่มงานหรือกลุ่ม..... กองหรือสำนัก.....
☒ ส่วนภูมิภาค กลุ่มงาน/งาน.....

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

ส่วนราชการที่มีสิทธิมีบัญชีถือจ่ายเงินเดือน (จ.๑๘)

- ☐ ส่วนกลาง กลุ่มงานหรือกลุ่ม..... กองหรือสำนัก.....
☐ ส่วนภูมิภาค กลุ่มงาน/งาน.....

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....สำนักงานสาธารณสุข.....

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน.....

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน.....

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

ในอัตราเดือนละ.....ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. (พร้อมลงลายมือชื่อ) ดังนี้

- ☐ สำเนาใบปริญญาบัตร/ใบรับรองคุณวุฒิ ☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
☐ สำเนาวุฒิบัตรและหรืออนุสาขา ☐ สำเนาการผ่านการอบรมในหลักสูตรตามที่กำหนด
☐ หลักฐานการมอบหมายงาน ได้แก่ คำสั่งฯ และหลักฐานการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้นๆ
☐ สำเนาบัตรประชาชน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

คำเตือน : กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงานผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ/หัวหน้างานบริหารทั่วไป (ในกรณีที่ส่วนราชการไม่มีเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล) เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. ให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใด แจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. เป็นเท็จหรือละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐอาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ หรือมาตรา ๒๖๗ และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน พ.ต.ส.

(.....)

วันที่.....

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป)

ส่วนราชการที่มีสิทธิปฏิบัติราชการ/ช่วยราชการ (ตามที่ปฏิบัติจริง)

() ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐ (ระยะเวลาตรวจสอบสิทธิ)

() ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(นางสิริกร จันทรเรืองรบ)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

วันที่.....

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ส่วนราชการที่มีสิทธิมีบัญชีจ่ายเงินเดือน (จ.๑๘)

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

() ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด (งานการเงิน)

() ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐ (ระยะเวลาตรวจสอบสิทธิ)

() ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาววัลภา ไผ่ชู)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่.....

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ เหตุผล..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... (หัวหน้างาน.....) วันที่.....	() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ เหตุผล..... (นางสาวพชรภัทร ธงศิลา) นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา วันที่..... (ผู้มีอำนาจอนุมัติ)
--	--

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.....(ผู้มีสิทธิรับเงิน พ.ต.ส.)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....