

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

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

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ข้าพเจ้า

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....หมดอายุ วันที่.....

ปฏิบัติงานในราชการ

ส่วนภูมิภาค งาน/แผนก.....กลุ่มงาน.....รพ.สต.....

โรงพยาบาล/สสอ. ...โรงพยาบาลหนองใหญ่..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง นายแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ สหวิชาชีพ ระบุ.....ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน ด้านปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน

 นายแพทย์..... ทันตแพทย์..... เกษัชกร..... พยาบาลวิชาชีพ..... สหวิชาชีพ.....ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่ กลุ่มที่ ๑ , กลุ่มที่ ๒ , กลุ่มที่ ๓ รหัสจัดกลุ่ม.....

ในอัตราเดือนละ.....ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. ดังนี้.....

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.....ผู้มีสิทธิรับ พ.ต.ส.

(.....)

วันที่.....

/ผลการตรวจสอบ...

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

() ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเจ้าหน้าที่ รพ./สสอ.)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

() ไม่ครบถ้วน เพราะ.....

ลงชื่อ.....(หัวหน้างานการเงิน รพ./สสอ.)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

<p>() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>.....</p> <p>วันที่.....</p> <p>(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ)</p>	<p>() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</p> <p>ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>วันที่.....</p> <p>(ผู้มีอำนาจอนุมัติ)</p>
---	--

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวงเล็บ ()