

## 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. .... 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/หัวหน้างาน  
 บริหารทั่วไป (ในกรณีที่ส่วนราชการไม่มีเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล) เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิการรับเงิน  
 พ.ต.ส. ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใด แจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน  
 พ.ต.ส. เป็นเท็จ หรือละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงาน  
 ของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ หรือมาตรา ๒๖๗ และอาจถูกดำเนินการทางวินัย  
 ฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับ พ.ต.ส.

(.....)

วันที่.....

/ผลการตรวจสอบ...

- ๒ -

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 ( )