

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

- (1) 1.ให้เลือกระบุ กรณีบรรจุใหม่หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรกหรือ
2.กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนแปลงอัตราเงินเดือน พ.ต.ส.หรือ
3.กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.

เรียน (2)ให้เลือกระบุ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีราชการส่วนกลาง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กรณีราชการส่วนภูมิภาค หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
ถ้าได้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้า (3)ให้ระบุตำแหน่ง ชื่อ-สกุล ข้าราชการผู้มีสิทธิได้รับพ.ต.ส.

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง (4)ให้ระบุตำแหน่งซึ่งได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ของข้าราชการผู้มีสิทธิได้รับเงินพ.ต.ส.

ปฏิบัติงานในราชการ (5)ระบุส่วนราชการที่ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ปฏิบัติงานอยู่ โดยส่วนราชการดังกล่าวต้องมีชื่อตำแหน่งของผู้มีสิทธิรับเงิน พ.ต.ส. ในโครงสร้างและ
กรอบอัตรากำลังของหน่วยงานตามที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดด้วย

☐ ส่วนกลาง กลุ่มงานหรือกลุ่ม..... กองหรือสำนัก.....

☐ ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานหรือแผนก.....

โรงพยาบาลหรือกองหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
(6)ให้ระบุหน้าที่รับผิดชอบหลักของตำแหน่งที่ได้แต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานตำแหน่ง

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง..... ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งใน

(7)ให้ระบุการปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งด้านต่างๆดังนี้ 1.ด้านปฏิบัติงาน 2.ด้านการวางแผน

ด้าน 3.ด้านการประสานงาน 4.ด้านการบริกได้ รับมอบหมายให้ ปฏิบัติงาน (8)ให้ระบุงานที่ได้รับคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติที่ตรงตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติหน้าที่
ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ดังนี้

- 1.นายแพทย์หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์) 2.ทันตแพทย์หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (ทันตแพทย์) 3.เภสัชกรหรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (เภสัชกรรม) 4.พยาบาลวิชาชีพ
5.นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขความผิดปกติทางการสื่อสารคนหูหนวกหรือนักวิชาการศึกษาพิเศษที่ปฏิบัติงานที่ต้นแบบแก้ไขความผิดปกติของการสื่อสาร
หมาย นักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัดที่ปฏิบัติงานที่ด้านกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิกหรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานที่ด้านจิตวิทยาคลินิกและนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

..... ซึ่งมีสิทธิได้ รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่..... (9)ให้ระบุกลุ่มที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มี

(11)ระบุอัตราเงินเพิ่มที่ขอเบิกเป็นจำนวน บาท/เดือน

เหตุผลพิเศษที่ตรงตามหลักเกณฑ์ พ.ต.ส. ดังนี้กลุ่มที่1กลุ่มที่2 หรือ3

ในอัตราเดือนละ..... ตั้งแต่วันที่ (12)ระบุวันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. ดังนี้ (13)ระบเอกสารหลักฐานที่แสดงถึงการได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติหน้าที่ (10)ให้ระบุลำดับย่อยภายในตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขตามกลุ่มตำแหน่งตามลักษณะงาน ประกอบด้วย 1.หลักฐานที่ระบุคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง
หรือกลุ่มที่3 หากไม่มีให้ขีด

ที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง 2.หลักฐานตามหลักเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กลุ่มและข้อที่อ้างสิทธิรับเงิน พ.ต.ส. ใน (9)เครื่องหมาย-
และ (10)ของแบบตรวจสอบสิทธิการรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

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 โดยเจตนาให้เกิดความเสียหาย
แก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ หรือมาตรา ๒๖๗ และอาจถูก
ดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ (14)ลงลายมือชื่อ.....

(.....)

วันที่

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (15)ให้ระบุผลการตรวจสอบสิทธิ

() ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ ถึง..... () ไม่ครบถ้วน เพราะ

ลงชื่อ (16)ให้ลงลายมือชื่อ พร้อมระบุชื่อสกุลหัวหน้างานบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาล

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ ที่กำหนด (17)ระบุผลการตรวจสอบ

() ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ ถึง..... () ไม่ครบถ้วน เพราะ

ลงชื่อ (18)ให้ลงลายมือชื่อ หัวหน้างานการเงินของโรงพยาบาล

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

เหตุผล.....

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

เหตุผล.....

ลงชื่อ (19)ให้ระบุความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าหน่วย

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(หัวหน้าหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า)

ลงชื่อ (20)ให้ระบุการอนุมัติของหัวหน้าส่วนราชการ(นพ.สสจ.)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(ผู้มีอำนาจอนุมัติ)

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ (21)ผู้มีสิทธิได้รับเงินเพื่อยื่นยรับ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวงเล็บ ()