

## แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

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

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

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน)

ข้าพเจ้า ..... นามสกุล .....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานในราชการส่วนภูมิภาค งาน/แผนก.....กลุ่มงาน.....

โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน อำเภอโพธาราม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง  นายแพทย์  ทันตแพทย์  เกษัชกร  พยาบาลวิชาชีพ  
 สหวิชาชีพ.....

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน  ด้านปฏิบัติการ  ด้านการวางแผน  
 ด้านการประสานงาน  ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน  นายแพทย์.....  
 ทันตแพทย์.....  
 เกษัชกร.....  
 พยาบาลวิชาชีพ.....  
 สหวิชาชีพ.....

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

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. (พร้อมลงลายมือชื่อ) ดังนี้

- สำเนาใบปริญญาบัตร/ใบรับรองคุณวุฒิ  สำเนาใบประกอบวิชาชีพ  
 สำเนาวุฒิบัตรและหรืออนุสาขา  สำเนากการผ่านการอบรมในหลักสูตรตามที่กำหนด  
 หลักฐานการมอบหมายงาน ได้แก่ คำสั่งฯ และหลักฐานการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้น ๆ  
 อื่น ๆ 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.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา...

ความเห็นผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น

<p>( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>.....</p> <p>วันที่.....</p> <p>(หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน)</p>	<p>( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>.....</p> <p>วันที่.....</p> <p>(หัวหน้ากลุ่มภารกิจ)</p>
--	--

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ.....

(นางสาวพรพรรณ งามงอน)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป

วันที่.....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ.....(หัวหน้างานการเงิน)

(นางอนงค์พร อินทร์เปลี่ยน)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่.....

<p>( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(นายภาคภูมิ มนัสวรกิจ)</p> <p>ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ</p> <p>รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน</p> <p>วันที่.....</p> <p>(หัวหน้าหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า)</p>	<p>( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(นายภาคภูมิ มนัสวรกิจ)</p> <p>ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ</p> <p>รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน</p> <p>ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี</p> <p>วันที่.....</p> <p>(ผู้มีอำนาจอนุมัติ)</p>
---	--

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.....(ผู้มีสิทธิรับเงินพ.ต.ส.)

(.....)

.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวงเล็บ ( )