

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ
การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

- ☐ กรณีบรรจุใหม่ หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก หรือ ☐ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส. หรือ ☐ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส. หรือ ☐ กรณีขอรับเงิน พ.ต.ส. รายเดือนปกติ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานในราชการ

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

โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง

- ☐ นายแพทย์ ☐ ทันตแพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาลวิชาชีพ
☐ สหวิชาชีพ (ระบุตำแหน่ง).....

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน

- ☐ ด้านปฏิบัติการ ☐ ด้านการวางแผน ☐ ด้านการประสานงาน ☐ ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน

- ☐ นายแพทย์.....
☐ ทันตแพทย์.....
☐ เภสัชกร.....
☐ พยาบาลวิชาชีพ.....
☐ สหวิชาชีพ (ระบุตำแหน่ง).....

ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่ ☐ กลุ่มที่ ๑ ☐ กลุ่มที่ ๒ ☐ กลุ่มที่ ๓ ข้อ/รหัสจัดกลุ่ม.....

ในอัตราเดือนละ.....บาท/เดือน ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. ดังนี้ ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

☐ สำเนาวุฒิบัตร (ถ้ามี)

☐ สำเนาผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง (ถ้ามี)

คำเตือน : กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ/หัวหน้างานบริหารทั่วไป (ในกรณีที่ส่วนราชการไม่มีเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล) เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. ให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใด แจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. เป็นเท็จ หรือ ละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิด ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ หรือมาตรา ๒๖๗ และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับ พ.ต.ส.

(.....)

วันที่.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

ผู้บังคับบัญชาระดับต้น (หัวหน้าหอ) () เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ เหตุผล..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	ผู้บังคับบัญชา (หัวหน้างาน) () เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ เหตุผล..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	ผู้บังคับบัญชา (หัวหน้ากลุ่มงาน) () เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ เหตุผล..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
--	---	--

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ.....(หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ.....(หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน)
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ เหตุผล..... ลงชื่อ..... (.....) วันที่..... (หัวหน้าหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า)	() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ เหตุผล..... ลงชื่อ..... (.....) วันที่..... (ผู้มีอำนาจอนุมัติ คส. สสจ.อด. ที่ ๒๔๙/๒๕๖๔ ลว. ๑๓ พ.ค. ๖๔)
---	--

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....