

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

☐ กรณีบรรจุใหม่หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก

☐ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส. ☐ กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.

.....

เรียน.....

ข้าพเจ้า.....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานในราชการ

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

☐ ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานหรือแผนก.....

.....โรงพยาบาลปิปูน.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.....

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง..... ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

กำหนดตำแหน่งในด้าน.....ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน.....

สิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่.....ข้อ.....

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

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....

/การตรวจสอบ...

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ

(นายจตุพร โอยสวัสดิ์)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

วันที่.....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ

(นางวิลาวัลย์ สวัสดิสาร)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่.....

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

เหตุผล.....

เหตุผล.....

ลงชื่อ

(นายสาโรจน์ เทพราช)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูล

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(นายสาโรจน์ เทพราช)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูล ปฏิบัติราชการแทน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวงเล็บ ()