

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

ตรวจสอบสิทธิเพื่อขอรับรับเงินฯ ประจำปีงบประมาณ .....

.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานในราชการ

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

ส่วนภูมิภาค กลุ่มงาน.....งาน.....

โรงพยาบาล...../ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ...../

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....

ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน

ด้านปฏิบัติการ  ด้านการวางแผน  ด้านการประสานงาน  ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน

นายแพทย์ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)  ทันตแพทย์ หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (ทันตแพทย์)

เภสัชกร หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (เภสัชกรรม)  พยาบาลวิชาชีพ

นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย หรือนักวิชาการศึกษาพิเศษที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย นักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัดที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านกิจกรรมบำบัดนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านจิตวิทยาคลินิกและนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่..... ข้อ.....

ในอัตราเดือนละ.....บาท ตั้งแต่วันที่.....

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส ดังนี้

.....

.....

.....

**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 หรือละเว้น ไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 หรือมาตรา 267 และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส ได้

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

ผลการตรวจสอบ...

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล/หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป/ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ

วันที่ .....

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง หน.งานการเงิน

วันที่ .....

( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ

เหตุผล.....

( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

เหตุผล.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ผอ.รพ.สต.บ้าน.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(... นายอภิรักษ์ ทอยแก้ว...)

สาธารณสุขอำเภอนาบอน ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

วันที่ .....

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวงเล็บ ( )