**แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ**

**การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)**

🞎 กรณีบรรจุใหม่ หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก 🞎 กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส. หรือ

🞎 กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส. และกรณีขอรับเงิน พ.ต.ส. รายเดือนปกติ

----------------------------------------------------------------------

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง

ปฏิบัติงานในราชการ

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

🗹 ส่วนภูมิภาค งาน/แผนก

โรงพยาบาลบางพลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน 🞎 ด้านปฏิบัติการ 🞎 ด้านการวางแผน
 🞎 ด้านการประสานงาน 🞎 ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน

ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. ในกลุ่มที่ ข้อ

ในอัตราเดือนละ บาท ตั้งแต่วันที่

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. (พร้อมลงลายมือชื่อ) ดังนี้

 🞎 สำเนาใบประกอบวิชาชีพ

 🞎 สำเนาวุฒิบัตรและหรืออนุสาขา

 🞎 สำเนาการผ่านการอบรมในหลักสูตรตามที่กำหนด

 🞎 หลักฐานการมอบหมายงาน ได้แก่ คำสั่งฯ และหลักฐานการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้นๆ

 🞎 อื่นๆ ระบุ

**คำเตือน** : **กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงานผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ**/หัวหน้างาน บริหารทั่วไป (ในกรณีที่ส่วนราชการ ไม่มีเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล) เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใด แจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. เป็นเท็จ หรือละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 หรือมาตรา 267 และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

 ลงชื่อ..........................................................ผู้มีสิทธิได้รับ พ.ต.ส.

 ( )

 วันที่

- 2 -

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น

|  |  |
| --- | --- |
|  ( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ |  ( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ |
| เหตุผล...................................................................... | เหตุผล...................................................................... |
|  |  |
| ลงชื่อ.......................................................... | ลงชื่อ.......................................................... |
|  (..........................................................) |  (..........................................................) |
| ตำแหน่ง....................................................... | ตำแหน่ง....................................................... |
| วันที่.............................................................. | วันที่.............................................................. |
| (หัวหน้างาน/ศูนย์) | (หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน) |

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

 ( ) ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....................................................ถึงวันที่.....................................................

 ( ) ไม่ครบถ้วน เพราะ........................................................................................................................

 ลงชื่อ........................................................................(กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)

 ( )

 ตำแหน่ง

 วันที่

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

 ( ) ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่.....................................................ถึงวันที่.....................................................

 ( ) ไม่ครบถ้วน เพราะ........................................................................................................................

 ลงชื่อ........................................................................(กลุ่มงานการเงิน)

 ( )

 ตำแหน่ง

 วันที่

 ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

เหตุผล.............................................................. เหตุผล.................................................................

 (นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ) (นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี

วันที่................................................................... ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

 (หัวหน้าหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า) วันที่...................................................................

 (ผู้มีอำนาจอนุมัติ)

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ.......................................................................

 ( )

ตำแหน่ง

วันที่

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวงเล็บ ( )