

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ
การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

เรียน

ข้าพเจ้า.....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานในราชการ

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

ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานหรือแผนก.....

โรงพยาบาลหรือกองหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน.....

.....ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน.....

.....

.....ซึ่งมีสิทธิได้รับเงิน 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 โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ หรือมาตรา ๒๖๗ และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ผลการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายตามคุณสมบัติในหลักเกณฑ์ที่กำหนด

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

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

เหตุผล.....

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

เหตุผล.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(หัวหน้าหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(ผู้มีอำนาจอนุมัติ)

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวงเล็บ ()