

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ  
การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพ็ญ

ข้าพเจ้า .....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง .....

ปฏิบัติงานในราชการ

[ ] ส่วนกลาง กลุ่มงานหรือกลุ่ม .....

กองหรือสำนัก .....

[✓] ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานหรือแผนก .....

โรงพยาบาลเพ็ญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง .....

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน .....

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน .....

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

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

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. ดังนี้

1. แบบคำขอ พตส.
2. ใบประกอบวิชาชีพ
3. ใบประกาศนียบัตร / ใบปริญญาบัตร
4. สำเนาบัตรประชาชน
5. อื่นๆ.....

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 อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 หรือมาตรา 267 และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

- [ ] ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ ..... ถึง .....
- [ ] ไม่ครบถ้วน .....

ลงชื่อ .....

( นางณธิกา มุมอภัย )

ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

วันที่ .....

ผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

- [ ] ครบถ้วน ตั้งแต่วันที่ ..... ถึง .....
- [ ] ไม่ครบถ้วน .....

ลงชื่อ .....

( นายบุญสัมฤทธิ์ ตั้งขจรศักดิ์ )

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่ .....

[ ] เห็นชอบ [ ] ไม่เห็นชอบ

เหตุผล .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

(หัวหน้าหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า)

[ ] อนุมัติ [ ] ไม่อนุมัติ

เหตุผล .....

ลงชื่อ .....

(นายชัยรัตน์ เจริญสุข.)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพ็ญ

วันที่ .....

(ผู้มีอำนาจอนุมัติ)

ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บ [ ]