**เแบบ****ตรวจสอบข้อมูลสิทธิ**

**การรับ****เงิน****เพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)**

กรณีบรรจุใหม่หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก กรณีขอรับเงิน พ.ต.ส. รายเดือนปกติ

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

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

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง.....................................................................................................................................

ปฏิบัติงานในราชการ

กลุ่ม…………….....................….. สังกัดกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...................................................

อำเภอ...........................................................สังกัดกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน

ด้านปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน ด้านการบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานตามคำสั่งมอบหมายงาน………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

ในอัตราเดือนละ…………………….บาท

ตั้งแต่วันที่....................................................................

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส ดังนี้

สำเนาใบประกอบวิชาชีพ

สำเนาวุฒิบัตรและหรืออนุสาขา (สำหรับงานแพทย์ที่จบสาขาเฉพาะทาง)

สำเนาผ่านการอบรมในหลักสูตรที่ปฏิบัติ

หลักฐานการมอบหมาย ได้แก่ คำสั่งฯ หรือหลักฐานการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานนั้น ๆ

หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

**คำเตือน** : กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งให้กองการเจ้าหน้าที่ เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน  
ตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใด แจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. เป็นเท็จ หรือละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 137 หรือมาตรา 267 และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส ได้

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

(.........................................................)

วันที่ .................................................................

/ ความเห็นผู้บังคับ...

|  |  |
| --- | --- |
| ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (ผอ.รพ.สต.) | |
| ( ) รับรองข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ  ( ) ไม่รับรอง  เหตุผล.........................................................................  ลงชื่อ.....................................................  (...............................................)  ตำแหน่ง  วันที่............................................................... | |
| รับรองผลการตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด | ผลการตรวจสอบเอกสารหลักฐานและคุณสมบัติ​ตามหลักเกณฑ์​ที่​กำหนด |
| ( ) รับรองผลการตรวจสอบ  ( ) ไม่รับรองผล  เหตุผล.........................................................................  ลงชื่อ......................................................  (...............................................)  ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข  วันที่............................................................... | ( ) ครบถ้วน  ( ) ไม่ครบถ้วน  เหตุผล.........................................................................  ลงชื่อ......................................................  (...............................................)  ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองเจ้าหน้าที่  วันที่............................................................... |
| ( ) เห็นชอบ มีสิทธิให้ได้รับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ตามหลักเกณฑ์กำหนด  ( ) ไม่เห็นชอบ  เหตุผล.........................................................................  ลงชื่อ......................................................  (...............................................)  ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด  วันที่............................................................... | ( ) อนุมัติ ให้เบิกเงินเพิ่ม พ.ต.ส. ตามหลักเกณฑ์กำหนด  ( ) ไม่อนุมัติ  เหตุผล.........................................................................  ลงชื่อ......................................................  (...............................................)  ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด  วันที่............................................................... |
| ผู้มีสิทธิได้รับเงินเพิ่ม พ.ต.ส. รับทราบผลการพิจารณาแล้ว  ลงชื่อ......................................................  (...............................................)  ตำแหน่ง  วันที่.............................................................. | |