

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ  
การรับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

ขอรับเงิน พ.ต.ส. รายเดือนปกติ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

ข้าพเจ้า .....

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง .....

ปฏิบัติงานในราชการ

ส่วนกลาง กลุ่มงานหรือกลุ่ม .....

ส่วนภูมิภาค งาน/แผนก .....

โรงพยาบาล ..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง .....

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน .....

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน .....

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

รหัสจัดกลุ่ม .....

ในอัตราเดือนละ ..... ตั้งแต่วันที่ .....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการรับเงิน 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 ..... ผู้มีสิทธิรับ พ.ต.ส.

( ..... )

วันที่ .....

ลงชื่อ ..... หัวหน้างาน

( ..... )

วันที่ .....

ลงชื่อ ..... หัวหน้ากลุ่มงาน

( ..... )

วันที่ .....