

แบบขอรับค่าตอบแทน ประเภท
เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)
ประจำปีงบประมาณ 2562

เรียน (หัวหน้าหน่วยบริการ ผอก.รพช./สสอ./สสภ.)

ชื่อ - สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส.ตำแหน่ง.....
ปฏิบัติงานจริง.....

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส.

- (1) กลุ่มที่รหัสจัดกลุ่ม ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่.....
(2) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม

(ให้ระบุรายละเอียดคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่มทุกกลุ่ม และกลุ่ม นพ.21 , นพ.31 ให้ระบุสาขา
ว.หรือ อว.ด้วย และกลุ่ม พว.26 ให้ระบุลักษณะงานพิเศษด้วย พร้อมทั้งแนบเอกสารประกอบ
คุณลักษณะทุกกลุ่ม)

ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ว่าเป็นความจริง หาก
ข้าพเจ้าแสดงข้อมูลผิดพลาด และได้รับค่าตอบแทน พ.ต.ส.ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่
ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

ลงชื่อ
(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น

() เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่ ถึง () ไม่เห็นชอบเพราะ.....

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

หัวหน้าหน่วยบริการ

ประธานคณะกรรมการตามข้อ 1.3

คำอธิบายประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทน พ.ต.ส. ประจำปีงบประมาณ 2562

1. การเขียนแบบคำขอรับค่าตอบแทน พ.ต.ส.

1.1 กรณีปฏิบัติงานต่อเนื่องและขอเบิกค่าตอบแทนอัตราเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล ให้เริ่มเบิกตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

1.2 กรณีมีการเปลี่ยนกลุ่ม ให้เริ่มเบิกตั้งแต่วันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล หรือตามวันที่ มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนตามกลุ่ม

1.3 กรณีปฏิบัติงานไม่เต็มเดือนในเดือนใด ให้เบิกตามส่วนของจำนวนวันที่ปฏิบัติหน้าที่ ของเดือนนั้น

1.4 ให้ระบุรายละเอียดคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม ลักษณะงานให้ถูกต้อง ครบถ้วนและชัดเจน

2. หลักฐานประกอบการขอเบิกค่าตอบแทน

2.1 สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ยังใช้ประโยชน์ได้ โดยไม่ถูกพักใช้ หรือเพิกถอน หรือ หมดอายุ

2.2 สำเนาใบปริญญาบัตร

2.3 เอกสารประกอบคุณลักษณะตามกลุ่มที่ขอเบิก กรณีได้รับวุฒิบัตร หรือ หนังสืออนุมัติความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ต้องเป็นวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติบัตรจากสภาวิชาชีพของประเทศไทย และต้องปฏิบัติงานจริงตามสาขาที่เสนอขอรับค่าตอบแทน

2.4 สำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประชาชนที่มีเลข 13 หลัก

2.5 กรณีเบิก กลุ่ม 3 (พว.35) แนบใบปริญญาโท และวุฒิบัตร APN ที่รับรองจากสภาการพยาบาล หรือหนังสือรับรองจากหัวหน้าหน่วยงาน

2.6 กรณีเบิก กลุ่ม 3 (พว.32) แนบใบปริญญาโทหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติ และวุฒิบัตรสาขาเวชปฏิบัติ NP ที่รับรองจากสภาการพยาบาล

ใบสำคัญรับเงิน

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา

วันที่

ข้าพเจ้า ที่อยู่ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ได้รับเงินจาก สสจ.นครราชสีมา ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
รับเงินค่าตอบแทนประเภทเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ประจำเดือน	-
จำนวนเงิน	-

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน

(นางเพ็ญศรี คงเมือง)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ชำนาญงาน