

แบบรายงานการขอเบิกเงินเพิ่มพิเศษสำหรับพนักงานราชการซึ่งปฏิบัติงานในสภาวะยากลำบากและไม่น่าอภิมย์

ประจำเดือน.....

หน่วยงาน สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบางปะกง

วันที่.....

๑. ชื่อ..... พนักงานราชการ ตำแหน่ง

.....ตำแหน่งเลขที่.....สังกัดหน่วยงาน สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ

บางปะกง ขอทำรายงาน เพื่อขอเบิกเงินเพิ่มพิเศษ ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง ค่าตอบแทนสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของพนักงานราชการ โดยแนบรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือตัวอย่างรายงานตรวจ หรือการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อพิจารณาความถนัด และความเหมาะสมกับการฝึกอาชีพ การฝึกอบรมวิชาชีพทั้งวิชาชีพหลักและเสริมที่ข้าพเจ้าดูแล หรือ ตรวจ หรือ รับผิดชอบ จำนวน ๑ ฉบับ ทั้งสิ้น ๖ แผ่น

๒. ข้าพเจ้าขอเบิกเงินเพิ่มดังกล่าว ในตำแหน่ง (ทำเครื่องหมาย / ในช่อง ( )

( ) พยาบาลเทคนิค

( ) พยาบาลวิชาชีพ

( ) เจ้าพนักงานอบรมและฝึกวิชาชีพ

( ) พี่เลี้ยง / พนักงานช่วยการพยาบาล

๓. ข้าพเจ้าขอเบิกเงินเพิ่มพิเศษสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ สำหรับพนักงานราชการซึ่งปฏิบัติงานในสภาวะ ยากลำบาก และไม่น่าอภิมย์ เป็นเงินเงิน ๒,๐๐๐.- บาท (สองพันบาทถ้วน)

รับรองรายงานฉบับนี้เป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

รับรองรายงานฉบับนี้เป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

หน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายปฏิบัติงานกับผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

๑. ....
๒. ....
๓. ....
๔. ....
๕. ....
๖. ....
๗. ....
๘. ....
๙. ....
๑๐. ....
๑๑. ....
๑๒. ....

ลงชื่อ.....

(.....)

แบบรายงานสำหรับพนักงานราชการผู้ขอเบิกเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ  
ในกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ชื่อ.....พนักงานราชการ ตำแหน่ง  
..... ตำแหน่งเลขที่ ..... สังกัดหน่วยงาน สถานคุ้มครองและพัฒนาคน  
พิการบางปะกง เริ่มปฏิบัติงานตามตำแหน่ง ณ วันที่.....ขอเบิกเงินเพิ่มพิเศษสำหรับ  
ผู้ปฏิบัติงานในสภาวะยากลำบากและไม่น่าอภิมยในตำแหน่งพี่เลี้ยง/พนักงานช่วยการพยาบาล ขอเบิกเงินเพิ่ม  
พิเศษ ตั้งแต่วันที่.....จำนวนเงินที่ขอเบิก ๒,๐๐๐.- บาทต่อเดือน หน้าที่ความ  
รับผิดชอบ (ที่แสดงให้เห็นว่าเป็นงานที่ปฏิบัติด้วยความลำบากไม่น่าอภิมยกับผู้รับการสงเคราะห์) จำนวนผู้รับ  
การสงเคราะห์ (เฉพาะผู้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในแต่ละเดือน)

ข้าพเจ้ารับรองว่ารายงานนี้เป็นจริง และได้เบิกเงินตามบัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าตอบแทน  
สำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของพนักงานราชการ

ลงชื่อ.....  
(.....)

คำรับรองของผู้บัญชา (หัวหน้าหน่วยงาน)

.....  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
วันที่.....

หมายเหตุ หัวหน้าหน่วยงานต้องควบคุมการเบิกจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ ตามเงื่อนไข  
การมีสิทธิ์ได้รับเงินให้ถูกต้องตามระเบียบว่าด้วยการให้เงินเพิ่มฯ โดยจัดทำแบบรายงานขอเบิกเงินและ  
รายละเอียดประกอบการเบิกเงินทุกเดือน ซึ่งหากตรวจพบว่าหน่วยงานใดขอเบิกเงินดังกล่าวให้แก่พนักงานราชการที่  
ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดจะถือว่ารายงานเสร็จ ซึ่งผู้ขอเบิกและหัวหน้างานจะต้องรับผิดชอบ

รายงานประกอบรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับพนักงานราชการซึ่งปฏิบัติงานในสภาวะยากลำบากและไม่น่าอภิรมย์

ประจำเดือน.....

ข้าพเจ้า.....พนักงานราชการ ตำแหน่ง  
.....ตำแหน่งเลขที่.....สังกัดหน่วยงาน สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบางปะ  
กง ได้ตรวจสภาพร่างกายผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือรับผิดชอบปฏิบัติการใดๆ อื่นๆ (ระบุ)  
ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้รับการสงเคราะห์ .....คน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

๑. ชื่อผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้.....  
ประเภท.....เข้ารับการสงเคราะห์เมื่อ  
.....ได้ตรวจสภาพร่างกาย  
.....แก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อวันที่  
.....เดือน.....พ.ศ.....รวมระยะเวลา.....ชั่วโมง

๒. ชื่อผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้.....  
ประเภท.....เข้ารับการสงเคราะห์เมื่อ  
.....ได้ตรวจสภาพร่างกาย  
.....แก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อวันที่  
.....เดือน.....พ.ศ.....รวมระยะเวลา.....ชั่วโมง

๓. ชื่อผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้.....  
ประเภท.....เข้ารับการสงเคราะห์เมื่อ  
.....ได้ตรวจสภาพร่างกาย  
.....แก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อวันที่  
.....เดือน.....พ.ศ.....รวมระยะเวลา.....ชั่วโมง

๔. ชื่อผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้.....

ประเภท..... เข้ารับการสงเคราะห์เมื่อ

..... ได้ตรวจสภาพร่างกาย

..... แก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อวันที่

..... เดือน..... พ.ศ..... รวมระยะเวลา..... ชั่วโมง

๕. ชื่อผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้.....

ประเภท..... เข้ารับการสงเคราะห์เมื่อ

..... ได้ตรวจสภาพร่างกาย

..... แก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อวันที่

..... เดือน..... พ.ศ..... รวมระยะเวลา..... ชั่วโมง

๖. ชื่อผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้.....

ประเภท..... เข้ารับการสงเคราะห์เมื่อ

..... ได้ตรวจสภาพร่างกาย

..... แก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อวันที่

..... เดือน..... พ.ศ..... รวมระยะเวลา..... ชั่วโมง

๗. ชื่อผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้.....

ประเภท..... เข้ารับการสงเคราะห์เมื่อ

..... ได้ตรวจสภาพร่างกาย

..... แก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อวันที่

..... เดือน..... พ.ศ..... รวมระยะเวลา..... ชั่วโมง

๘. ชื่อผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้.....

ประเภท..... เข้ารับการสงเคราะห์เมื่อ

..... ได้ตรวจสภาพร่างกาย

..... แก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อวันที่

..... เดือน..... พ.ศ..... รวมระยะเวลา..... ชั่วโมง

๙. ชื่อผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้.....  
ประเภท.....เข้ารับการสงเคราะห์เมื่อ  
.....ได้ตรวจสภาพร่างกาย  
.....แก่ผู้รับการสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อวันที่  
.....เดือน.....พ.ศ.....รวมระยะเวลา.....ชั่วโมง

รับรองรายงานฉบับนี้เป็นจริง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (หัวหน้าหน่วยงาน)

.....  
.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)