

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบสอบทานระบบการควบคุมภายใน

ด้าน การเบิกจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

| ลำดับที่ | รายการ | ผลการประเมิน | | หมายเหตุ |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------|
| | | มี/ใช่/ สมบูรณ์ | ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์ | |
| ๑ | คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนกำลังคน ด้านสาธารณสุข | | | |
| ๒ | คำสั่งการมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งที่มีสิทธิ เบิกค่าตอบแทน (แบ่งวุฒิการศึกษาตามระดับตำแหน่ง การศึกษาของสายงานที่ปฏิบัติงาน) | | | |
| ๓ | ทะเบียนประวัติเข้ารับราชการ (ก.พ.๗) | | | |
| ๔ | ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ / ใบอนุญาตเป็น ผู้ประกอบการโรคศิลปะ (ที่มีอายุการใช้งานเป็นปัจจุบัน) | | | |
| ๕ | ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสาร หลักฐาน ประกอบการเบิกจ่าย ได้แก่ | | | |
| | ๕.๑ แบบขอรับค่าตอบแทนประเภทเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่ง ที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) | | | |
| | ๕.๒ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ | | | |
| | ๕.๒.๑ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ | | | |
| | ๕.๒.๒ วันหมดอายุของใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ที่มีอายุการใช้งานเป็นปัจจุบัน) | | | |
| | ๕.๓ ใบมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ต้องได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย | | | |
| | ๕.๔ การจ่ายเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. เป็นไปตามตำแหน่ง ลักษณะงานและอัตราที่กำหนด | | | |

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับเขต ระดับจังหวัด

| ลำดับที่ | รายการ | ผลการประเมิน | | หมายเหตุ |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------|
| | | มี/ใช่/ สมบูรณ์ | ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์ | |
| ๖ | ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขผู้ใดอยู่ในหลายกลุ่มตำแหน่ง ตามลักษณะงาน ให้ผู้นั้นได้รับ พ.ต.ส. ในอัตราที่สูงที่สุด ในกลุ่มตำแหน่งในลักษณะงานนั้นเพียงอัตราเดียว | | | |
| ๗ | กรณีที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเดือนให้ได้รับ พ.ต.ส. ของเดือนนั้นตามสัดส่วนจำนวนที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ ยกเว้น ลาป่วย ลาคลอดลากิจ เป็นต้น | | | |
| ๘ | หลักฐานการจ่ายเงินต้องกรอกข้อมูลรายละเอียด ครบถ้วน ถูกต้อง และเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ | | | |
| ๙ | หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายต้องประทับตรา “จ่ายเงินแล้ว” พร้อมลงลายมือชื่อ และวันเดือนปีที่จ่ายเงิน | | | |

สรุปผลการสอบทาน

ลงชื่อ

(ผู้สอบทาน)