

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบสอบถามระบบการควบคุมภายใน

ด้าน การเบิกจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

ลำดับ	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 เป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะ ๕.๒.๑ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ๕.๒.๒ วันหมดอายุของใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ที่มีอายุการใช้งานเป็นปัจจุบัน) ๕.๓ ใบมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ต้องได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ๕.๔ การจ่ายเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. เป็นไปตามตำแหน่ง ลักษณะงานและอัตราที่กำหนด			
๖	ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขผู้ใดอยู่ในหลายกลุ่ม ตำแหน่ง ตามลักษณะงาน ให้ผู้นั้นได้รับ พ.ต.ส. ในอัตรา ที่สูงที่สุด ในกลุ่มตำแหน่งในลักษณะงานนั้นเพียงอัตราเดียว			
๗	กรณีที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเดือนให้ได้รับ พ.ต.ส. ของเดือนนั้น ตามสัดส่วนจำนวนที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ ยกเว้น ลาป่วย ลาคลอด			

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบสอบทานระบบการควบคุมภายใน

ด้าน การเบิกจ่ายเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

ลำดับ	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/ สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์	
	ลากิจ เป็นต้น			
๘	หลักฐานการจ่ายเงินต้องกรอกข้อมูลรายละเอียด ครบถ้วน ถูกต้อง และเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ			
๙	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายต้องประทับตรา “จ่ายเงินแล้ว” พร้อมลงลายมือชื่อ และวันเดือนปีที่จ่ายเงิน			

สรุปผลการสอบทาน

ลงชื่อ _____

(ผู้สอบทาน)