พ.ต.พ. 01

แบบรายงานการขอเบิกเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 (พ.ต.พ.)
ประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

หน่วยงาน .....

ลงวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....ตำแหน่ง .....เลขที่ตำแหน่ง .....
สังกัดหน่วยงาน .....ขอทำรายงานเพื่อขอเบิกเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการ ตามระเบียบ ก.พ. ว่าด้วยเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (ฉบับที่3) พ.ศ. 24560 และประกาศ ก.พ. เรื่อง กำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕60 บัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือนแนบท้าย ประกาศ ก.พ.เรื่อง กำหนดตำแหน่งและเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 กำหนดให้ข้าราชการ ผู้ปฏิบัติงานในกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ซึ่งได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์ โดยผู้ได้รับการสงเคราะห์ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากเป็นคนพิการทางกาย ทางสมองและปัญญา ทางจิตประสาท เป็นคนชราที่เจ็บป่วยหรือหลง หรือเป็นคนไร้ที่พึ่งที่มีปัญหาด้านจิตประสาท ซึ่งในการปฏิบัติงานต้องดูแลให้การสงเคราะห์ ฟื้นฟู และพัฒนา โดยสัมผัสกับผู้รับการสงเคราะห์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยตรง โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับการสงเคราะห์ หรือ ตัวอย่างรายการดูแล บำบัด ฟื้นฟู และพัฒนาผู้รับการสงเคราะห์ ที่ข้าพเจ้าดูแลรับผิดชอบ จำนวน ๑ ฉบับ ทั้งสิ้น.....แผ่น

2. ข้าพเจ้าขอเบิกเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการ ในฐานะผู้ปฏิบัติงานในกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โดยมีเวลาปฏิบัติงาน **เดือน...กรกฎาคม...2566...มี..4..สัปดาห์**..ดังนี้

- มีเวลาปฏิบัติงาน สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 18 ชั่วโมง จำนวน...4...สัปดาห์
- มีเวลาปฏิบัติงาน น้อยกว่าสัปดาห์ละ 18 ชั่วโมง จำนวน...-...สัปดาห์

ลำดับ	รายสัปดาห์	วันที่ให้การดูแลผู้รับการสงเคราะห์	รวมจำนวนชั่วโมง/สัปดาห์	หมายเหตุ
1	สัปดาห์ 1	2 ก.ค. 66 – 8 ก.ค. 66	18 ชั่วโมง	
2	สัปดาห์ 2	9 ก.ค. 66 – 15 ก.ค. 66	18 ชั่วโมง	
3	สัปดาห์ 3	16 ก.ค. 66 – 22 ก.ค. 66	18 ชั่วโมง	
4	สัปดาห์ 4	23 ก.ค. 66 – 29 ก.ค. 66	18 ชั่วโมง	

เป็นจำนวนเงิน 2,0๐๐ .- บาท (สองพันบาทถ้วน)

ขอรับรองว่ารายงานนี้เป็นความจริง

(ลงชื่อ) .....

(.....)

วันที่ ...../...../.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (หัวหน้าหน่วยงาน)

(.....) เห็นสมควรเบิกเงิน พ.ต.พ. ให้กับ .....

(.....) ไม่เห็นสมควรเบิกเงิน พ.ต.พ. ให้กับ .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

วันที่ ...../...../.....