

แบบขอรับค่าตอบแทน สาขาขาดแคลน

เบิกจ่ายประจำเดือน.....หน่วยงาน(คณะ/สถาบัน/สำนัก/กอง/ฝ่าย).....

ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับเงินค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน

ข้าราชการ

พนักงาน (ได้รับการประเมินผ่านการทดลองการปฏิบัติหน้าที่ราชการแล้ว)

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

วันที่บรรจุเข้าทำงานในตำแหน่งสาขาขาดแคลน(ว.ด.ป.).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในการจ่ายค่าตอบแทนสาขาขาดแคลนสายสนับสนุนวิชาการ ดังนี้

- (1) ปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่ตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
- (2) จำนวนวันทำการที่ปฏิบัติงานจริง(กรณีปฏิบัติหน้าที่ไม่ถึง 2 ใน 3 ของจำนวนวันทำการในแต่ละเดือนให้เบิกจ่ายได้ตามสัดส่วนของเวลาที่ปฏิบัติงานจริง)

จำนวนวันทำการของเดือน.....จำนวน.....วันทำการ

- จำนวนวันที่ปฏิบัติงานจริง.....วันทำการ

- จำนวนวันลา.....วันทำการ จำนวนวันการมาสาย.....วันทำการ

- (3) ต้องปฏิบัติงานในตำแหน่งที่จะเบิกสาขาขาดแคลนไม่น้อยกว่า 6 เดือน จึงจะมีสิทธิเริ่มเบิกค่าตอบแทนในเดือนถัดไป

- (4) กรณีได้รับมอบหมายให้ไปประชุม/อบรม/สัมมนา/ดูงาน ในประเทศตามแผนของมหาวิทยาลัย

จำนวน.....วัน ซึ่งถือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ราชการ(แนบสำเนาเอกสารหลักฐานประกอบ)

- (5) มาปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่ตรงตามเวลาทำการ หรือไม่ใช้เวลาปฏิบัติงานให้เป็นประโยชน์แก่ทางราชการเป็นประจำ ให้งดเบิกค่าตอบแทนสาขาขาดแคลนในเดือนนั้นๆ

- (6) ผู้ที่ได้รับค่าตอบแทนสาขาขาดแคลนไปปฏิบัติหน้าที่ ณ หน่วยงานใด ให้เบิกค่าตอบแทนสาขาขาดแคลนตามอัตราค่าจ้าง และงบประมาณของหน่วยงานที่ไปปฏิบัติหน้าที่

- (7) กรณีปฏิบัติงานมากกว่า 1 แห่ง ให้เบิกจ่ายค่าตอบแทนสาขาขาดแคลนจากงบประมาณของแต่ละหน่วยงานตามสัดส่วนของเวลาที่ไปปฏิบัติงาน และต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของแต่ละหน่วยงาน

- (8) กรณีผู้ที่มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติงานในที่ใหม่ และภาระงานเดิมบางส่วนจะสามารถเบิกค่าตอบแทนสาขาขาดแคลนตามภาระงานเดิมได้ตามสัดส่วน ทั้งนี้ต้องได้รับการยืนยันจากหน่วยงานเดิมว่าภาระงานเดิมนั้น เป็นสัดส่วนเท่าใดเมื่อเทียบกับปริมาณงานของบุคลากรในหน่วยงานเดิม

- (9) แนวปฏิบัติอื่น ๆ ที่คณะกรรมการประจำหน่วยงานกำหนดเพิ่มเติม และในกรณีสำนักงานอธิการบดี ศูนย์บริการแก่ชุมชน ศูนย์พัฒนาสภาพกายภาพฯ สำนักยุทธศาสตร์ รองอธิการบดีฝ่ายบริหารสามารถกำหนดแนวปฏิบัติเพิ่มเติมได้

- (10) ขอเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน จำนวนเงิน.....บาท

และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการเบิกเงินค่าตอบแทนสาขาขาดแคลนดังกล่าวถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริงทุกประการ

กรณีถ้าไม่ถูกต้องตามที่ระบุไว้ข้างต้น ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยเรียกเงินคืนตามจำนวนที่ได้รับผิดพลาดไปและดำเนินการได้ตามกฎหมาย

ลงชื่อ(ผู้ขอรับสิทธิเบิกค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน)

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น	ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับสูง
() เห็นชอบ	() อนุมัติ
() ไม่เห็นชอบ เพราะ.....	() ไม่อนุมัติ เพราะ.....
ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง	ตำแหน่ง