**ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก**

**เพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร**

**ตำแหน่งผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร**

**(สำหรับองค์กรเอกชน)**

ข้าพเจ้า (ระบุชื่อองค์กร)...................................................................................................................................

โดย...................................................................................... ตำแหน่ง...................................................................

ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันองค์กรเอกชน ขอมอบให้ นาย/นาง/นางสาว/ยศ.............................................................

ตำแหน่ง............................................................... ซึ่งเป็นสมาชิกของข้าพเจ้า เป็นผู้แทนของข้าพเจ้าในการสมัคร เข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ตำแหน่งผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ในด้าน..........................................

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

(เลือกสมัครได้เพียงหนึ่งด้านเท่านั้น)

|  |
| --- |
| ลงชื่อ............................................................ |
| (............................................................) |
| ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันองค์กรเอกชน |
| วันที่........... เดือน........................... พ.ศ. ........... |

**(สำหรับผู้สมัคร)**

ติดรูปถ่าย

ขนาดตั้งแต่ ๑ นิ้วขึ้นไป

แต่ไม่เกิน ๒ นิ้ว

บริเวณนี้ ๑ รูป

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ...................................................................

เลขประจำตัวประชาชน.........................................................................................

เกิดวันที่.................. เดือน............................... พ.ศ. ................. อายุ.................ปี

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่................................... หมู่ที่.....................................

ตรอก/ซอย............................................... ถนน......................................................

ตำบล/แขวง............................................. อำเภอ/เขต...........................................

จังหวัด..................................................... รหัสไปรษณีย์........................................

โทรศัพท์................................................... โทรสาร.................................................

โทรศัพท์เคลื่อนที่...................................................... อีเมล...................................................................................

วุฒิการศึกษาสูงสุด ระดับ......................................................................................................................................

สาขา......................................................................................................................................................................

สถานศึกษา...................................................................................... สำเร็จการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. .........................

อาชีพปัจจุบัน............................................................ ตำแหน่ง..............................................................................

สถานที่ทำงาน........................................................................................................................................................

ประสบการณ์การทำงานและผลงานอันเป็นที่ประจักษ์ (หากมีต้องแสดงเอกสารหลักฐาน)................................................

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

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

เป็นสมาชิกซึ่งเป็นผู้แทนขององค์กรเอกชน (ระบุชื่อองค์กร)........................................................................................

ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

(เลือกได้มากกว่าหนึ่งด้าน)

🖵 งานด้านเด็กหรือเยาวชน 🖵 งานด้านผู้ใช้แรงงาน

🖵 งานด้านสตรี 🖵 งานด้านชุมชนแออัด

🖵 งานด้านผู้สูงอายุ 🖵 งานด้านเกษตรกร

🖵 งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ด้อยโอกาส 🖵 งานด้านชนกลุ่มน้อย

🖵 งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น

สถานะขององค์กร 🖵 ไม่เป็นนิติบุคคล 🖵 เป็นนิติบุคคล ประเภท.............................................................

ก่อตั้งเมื่อวันที่.................. เดือน............................... พ.ศ. ................. มีสมาชิกในปัจจุบัน จำนวน...................คน

วัตถุประสงค์ขององค์กร ได้แก่...............................................................................................................................

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

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

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

องค์กรตั้งอยู่เลขที่........................... หมู่ที่................. ตรอก/ซอย..........................................................................

ถนน.......................................................................... ตำบล/แขวง........................................................................

อำเภอ/เขต............................................................... จังหวัด.................................................................................

รหัสไปรษณีย์............................................................ โทรศัพท์..............................................................................

โทรสาร..................................................................... อีเมล....................................................................................

พื้นที่หลักในการดำเนินกิจกรรมขององค์กร...........................................................................................................

กิจกรรมในงานด้านที่สมัครที่องค์กรกำลังดำเนินการหรือที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

(ต้องแสดงเอกสารหลักฐาน)

| ชื่อกิจกรรมและรายละเอียดของกิจกรรม (โดยสังเขป) | ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม | ชื่อหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชนอื่นที่ร่วมดำเนินกิจกรรม |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

เป็นสมาชิกขององค์กรตั้งแต่วันที่.................. เดือน............................................. พ.ศ. ................. จนถึงปัจจุบัน

ตำแหน่งปัจจุบันในองค์กร.....................................................................................................................................

มีความประสงค์สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพกรุงเทพมหานคร ตำแหน่งผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ในด้านดังต่อไปนี้ (เลือกสมัครได้เพียงหนึ่งด้านเท่านั้นและต้องตรงกับด้านที่องค์กรระบุไว้ในส่วนบนของใบสมัคร)

🖵 ๑. งานด้านเด็กหรือเยาวชน 🖵 ๖. งานด้านผู้ใช้แรงงาน

🖵 ๒. งานด้านสตรี 🖵 ๗. งานด้านชุมชนแออัด

🖵 ๓. งานด้านผู้สูงอายุ 🖵 ๘. งานด้านเกษตรกร

🖵 ๔. งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ด้อยโอกาส 🖵 ๙. งานด้านชนกลุ่มน้อย

🖵 ๕. งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น

จึงขอยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้ ต่อประธานคณะทำงานการคัดเลือก ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร

🖵 **รูปถ่าย**ครึ่งตัวหน้าตรง ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวก ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน ขนาดตั้งแต่ ๑ นิ้วขึ้นไปแต่ไม่เกิน ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (ให้เขียนชื่อตัวและชื่อสกุล และตำแหน่งที่สมัคร ด้วยตัวบรรจงด้านหลังรูปถ่าย)

🖵 **สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน** จำนวน ๑ ฉบับ หรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ซึ่งปรากฏรูปถ่าย ชื่อตัวและชื่อสกุล และเลขประจำตัวประชาชน ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)....................................

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

🖵 **สำเนาหลักฐานการจัดตั้งองค์กรเอกชน**ที่หน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ออกให้

(กรณีเป็นองค์กรเอกชนที่ได้จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย) จำนวน ๑ ฉบับ ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)...........

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

🖵 **สำเนาหลักฐานที่แสดงถึงการมีอยู่ขององค์กรเอกชน**ที่หน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ออกให้ (กรณีเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่ได้จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย) (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)...............................................................................................................

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

🖵 **หนังสือรับรองความมีอยู่และการดำเนินกิจกรรม**ตามแบบที่กำหนดแนบท้ายประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือก ที่หน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานหรือบุคคลที่ซึ่งสามารถรับรองความมีอยู่และการดำเนินกิจกรรมขององค์กรเอกชนได้รับรอง (กรณีเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่ได้จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย) (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ

🖵 **สำเนาหลักฐานที่แสดงวัตถุประสงค์ขององค์กรเอกชน** จำนวน ๑ ฉบับ

ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)...............................................................................................................

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

🖵 **หลักฐานที่แสดงถึงการมีอำนาจลงนามรับรอง**ว่าผู้สมัครเป็นสมาชิกซึ่งเป็นผู้แทนขององค์กรเอกชน จำนวน ๑ ฉบับ ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)......................................................................................

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

🖵 **สำเนารายชื่อกรรมการขององค์กรเอกชน** จำนวน ๑ ฉบับ ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร).................

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

🖵 **รูปถ่ายที่ตั้งสำนักงานใหญ่ขององค์กรเอกชน** ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)......................................

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

🖵 **สำเนารายงานการประชุม หรือสำเนารายงานผลการดำเนินงาน หรือเอกสาร หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่น** ที่แสดงถึงการดำเนินกิจกรรมในงานด้านที่สมัครมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปีจนถึงวันเปิดรับสมัคร

ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)...............................................................................................................

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

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

🖵 **สำเนาแสดงวุฒิการศึกษา** (ถ้ามี) ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)..........................................................

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

🖵 **เอกสารหลักฐานที่แสดงถึงประสบการณ์การทำงานและผลงานอันเป็นที่ประจักษ์** (ถ้ามี)

ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)..............................................................................................................

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

🖵 **เอกสารหลักฐานอื่น ๆ** (ถ้ามี) เช่น กรณีชื่อตัวหรือชื่อสกุลในหลักฐานการสมัครเข้ารับการคัดเลือกไม่ตรงกัน เป็นต้น

ได้แก่ (ระบุชื่อและจำนวนหน้าของเอกสาร)..............................................................................................................

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

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่า

(๑) ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจประกาศสำนักอนามัย เรื่อง รับสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ตำแหน่งผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยละเอียดตลอดแล้ว และยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขรวมทั้งจะปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกดังกล่าวทุกประการ

(๒) ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตรงตามที่กำหนดไว้ในประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้างต้นทุกประการ

(๓) ข้าพเจ้าทราบดีว่าเป็นหน้าที่ของข้าพเจ้าเองที่จะต้องตรวจสอบรายละเอียดการสมัครเข้ารับการคัดเลือก ติดตามประกาศกำหนดรายละเอียดและกำหนดการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการคัดเลือก และทราบวัน เวลา และสถานที่ ในการจัดประชุมคัดเลือก

(๔) ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้และเอกสารและหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมใบสมัครนี้เป็นความจริง ทุกประการ และข้าพเจ้าทราบดีว่าการจงใจกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗ และอาจถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย

ทั้งนี้ หากปรากฏภายหลังไม่ว่าในช่วงเวลาใดก็ตามว่า ข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้าม ตรงตามประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกข้างต้น หรือไม่ได้ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในประกาศดังกล่าว หรือมีข้อความใดใบสมัครนี้หรือเอกสารและหลักฐานใดที่ยื่นมาพร้อมใบสมัครนี้เป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครเข้ารับการคัดเลือกครั้งนี้มาตั้งแต่ต้นและยินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครในครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

**(สำหรับเจ้าหน้าที่)**

🖵 สมัครด้วยตนเอง 🖵 สมัครทางไปรษณีย์

เลขที่รับใบสมัคร.....................................................

วันที่รับ..................................... เวลา..................น.

ชื่อผู้รับ....................................................................

|  |
| --- |
| ลงชื่อ............................................................ผู้สมัคร |
| (............................................................) |
| วันที่........... เดือน........................... พ.ศ. ........... |

**หมายเหตุ** ๑. ผู้สมัครต้องกรอกข้อความลงในใบสมัครนี้ให้ถูกต้องครบถ้วนทุกข้อและลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน หากกรอกข้อความ ไม่ครบถ้วนทุกข้อหรือไม่ตรงตามความเป็นจริง หรือไม่ลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน หรือมีข้อความไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าด้วยกรณีใด ใบสมัครจะไม่ได้รับการพิจารณาและผู้สมัครจะไม่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก กรณีข้อใดไม่มี ให้กรอกว่า “ไม่มี” หรือ “-”

 ๒. รูปถ่ายที่ตั้ง สำเนาเอกสาร และสำเนาหลักฐาน ทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง” และลงลายมือชื่อรับรอง พร้อมทั้งลงชื่อตัวและชื่อสกุลด้วยตัวบรรจงและวัน เดือน ปีที่รับรอง ไว้ที่รูปถ่ายที่ตั้ง สำเนาเอกสาร และสำเนาหลักฐานนั้น