



ประกาศสำนักงานเขตคลองเตย

เรื่อง รับสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย

ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครได้แต่งตั้งบุคคลต่าง ๆ เป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย ตามประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๓ นั้น บัดนี้ อนุกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งดังกล่าวได้พ้นจากตำแหน่ง ตามวาระในวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๗ จึงสมควรดำเนินการคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการใน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย เพื่อสนับสนุนให้การบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพของกรุงเทพมหานครเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ วรรคหนึ่ง ประกอบกับข้อ ๑ แห่งประกาศคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง การคัดเลือกอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ และมติที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๗ สำนักงานเขตคลองเตย จึงประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อ แต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งและจำนวนที่รับสมัครคัดเลือก

- ๑.๑ ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑ คน
- ๑.๒ ผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ จำนวน ๑ คน
- ๑.๓ ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่ จำนวน ๑ คน
- ๑.๔ ผู้แทนภาคประชาชนจากชุมชนในเขตพื้นที่ จำนวน ๓ คน
- ๑.๕ ผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ จำนวน ๑ คน

๒. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๑ อนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ตามข้อ ๖ ของประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ภายใต้วงเงินที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครกำหนดและเป็นไปตามระเบียบ ประกาศ และหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครกำหนด

๒.๒ ควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน และการจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจัดทำบัญชี หรือทรัพย์สินที่อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกัน กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานครกำหนด

๒.๓ กำกับดูแลให้สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นของรัฐ องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ที่ได้รับอนุมัติให้ใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ดำเนินการ ให้เป็นไปตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตอนุมัติ และตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ รวมทั้งที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร กำหนด

๒.๔ สนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒.๕ ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและแผนดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุข ของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่

๒.๖ จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานรายรับ รายจ่าย และเงินคงเหลือของกองทุน หลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครที่อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครทราบ ภายในเดือนธันวาคม ของทุกปี

๒.๗ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร มอบหมาย

๓. คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๓.๑ คุณสมบัติทั่วไปและลักษณะต้องห้าม

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติทั่วไปและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดไว้ ในประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง คณะกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพเขต พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ดังต่อไปนี้

ก. คุณสมบัติทั่วไป

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

ข. ลักษณะต้องห้าม...

ข. ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ดิตยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษ สำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบ

๓.๒ คุณสมบัติเฉพาะ

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกในตำแหน่งใด ผู้สมัครรายนั้นต้องมีคุณสมบัติเฉพาะตามที่ กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง คณะอนุกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพเขต พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ในตำแหน่งนั้น ๆ ดังต่อไปนี้

(๑) ตำแหน่งผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ต้องเป็น สมาชิกซึ่งเป็นผู้แทนของสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานครและมีสถานที่ตั้งในเขตคลองเตย

(๒) ตำแหน่งผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ ต้องเป็น สมาชิกซึ่งเป็นผู้แทนของสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีสถานที่ตั้งในเขตคลองเตย

(๓) ตำแหน่งผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่ ต้องเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่ปฏิบัติงานในเขตคลองเตย

(๔) ตำแหน่งผู้แทนภาคประชาชนจากชุมชนในเขตพื้นที่ ต้องเป็นกรรมการชุมชน ตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยชุมชนและกรรมการชุมชนในเขตคลองเตย

(๕) ตำแหน่งผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ เป็นสมาชิกซึ่งเป็นผู้แทนขององค์กรเอกชน ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

(๕.๑) เป็นองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ที่ดำเนินกิจกรรมด้านหนึ่งด้านใดดังต่อไปนี้ ในเขตคลองเตย

(ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน

(ข) งานด้านสตรี

(ค) งานด้านผู้สูงอายุ...

- (ค) งานด้านผู้สูงอายุ
- (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ด้อยโอกาส
- (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น
- (ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน
- (ช) งานด้านชุมชนแออัด
- (ซ) งานด้านเกษตรกร
- (ณ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

(๕.๒) เป็นองค์กรเอกชนที่เป็นนิติบุคคลหรือไม่เป็นนิติบุคคล และดำเนินงานกิจกรรมในด้านที่กำหนดไว้ตาม (๕.๑) มาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปีจนถึงวันเปิดรับสมัครคัดเลือก

(๕.๓) มีที่ตั้งองค์กรและกรรมการขององค์กร

๔. การรับสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๔.๑ ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย ตำแหน่งผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ตำแหน่งผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ ตำแหน่งผู้แทนภาคประชาชนจากชุมชนในเขตพื้นที่ และตำแหน่งผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ สามารถสมัครได้ตั้งแต่วันที่ **๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗** และกำหนดปิดรับการสมัครในเวลา ๑๖.๐๐ น. ของวันสุดท้ายในการเปิดรับสมัคร โดยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) สมัครด้วยตนเอง โดยยื่นใบสมัครตามแบบที่กำหนดแนบท้ายประกาศนี้พร้อมเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ ในเวลา ๐๘.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๖.๐๐ น. เว้นวันหยุดราชการ ณ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ชั้น ๕ สำนักงานเขตคลองเตย

(๒) สมัครทางไปรษณีย์ โดยส่งใบสมัครตามแบบที่กำหนดแนบท้ายประกาศนี้พร้อมเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ มาที่ สำนักงานเขตคลองเตย (ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ๕๔๙ สามแยกกล้วยน้ำไท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๑๐) ทั้งนี้ จะถือวันและเวลาที่ประทับตราของไปรษณีย์ต้นทางเป็นวันและเวลาที่ยื่นใบสมัคร

๔.๒ ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย ตำแหน่งผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในเขตพื้นที่สามารถสมัครได้ตั้งแต่วันที่ **๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗** และกำหนดปิดรับการสมัครในเวลา ๑๖.๐๐ น. ของวันสุดท้ายในการเปิดรับสมัคร โดยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครที่สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๑ คลองเตย
(๑.๑) สมัครด้วยตนเอง โดยยื่นใบสมัครตามแบบที่กำหนดแนบท้ายประกาศนี้พร้อมเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ ในเวลา ๐๘.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๖.๐๐ น. เว้นวันหยุดราชการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย

(๑.๒) สมัครทาง...

(๑.๒) สมัครทางไปรษณีย์ โดยส่งใบสมัครตามแบบที่กำหนดแนบท้ายประกาศนี้ พร้อมเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ มาที่ สำนักงานเขตคลองเตย (ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ๕๙๙ สามแยกกล้วยน้ำไท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๑๐ ทั้งนี้ จะถือวันและเวลาที่ประทับตราของไปรษณีย์ต้นทางเป็นวันและเวลาที่ยื่นใบสมัคร

(๒) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครที่สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๑ คลองเตย

(๒.๑) สมัครด้วยตนเอง โดยยื่นใบสมัครตามแบบที่กำหนดแนบท้ายประกาศนี้ พร้อมเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ ในเวลา ๐๘.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๖.๐๐ น. เว้นวันหยุดราชการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๑ คลองเตย

(๒.๒) สมัครทางไปรษณีย์ โดยส่งใบสมัครตามแบบที่กำหนดแนบท้ายประกาศนี้ พร้อมเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๕ มาที่ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๑ คลองเตย ๑๓๙ ถนนอาจณรงค์ แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๑๐ ทั้งนี้ จะถือวันและเวลาที่ประทับตราของไปรษณีย์ต้นทางเป็นวันและเวลาที่ยื่นใบสมัคร

๕. เอกสารและหลักฐานที่ใช้ในการสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๕.๑ ตำแหน่งผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร

(๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาดหนึ่งนิ้วหรือสองนิ้ว จำนวนสองรูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ จำนวนหนึ่งฉบับ

(๓) สำเนาหลักฐานการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนหนึ่งฉบับ

(๔) เอกสารหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น กรณีชื่อตัวหรือชื่อสกุลในหลักฐานการสมัครเข้ารับการคัดเลือกไม่ตรงกัน ได้แก่ สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว หรือสำเนาหนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียนเปลี่ยนชื่อสกุล แล้วแต่กรณี เป็นต้น

๕.๒ ตำแหน่งผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่

(๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาดหนึ่งนิ้วหรือสองนิ้ว จำนวนสองรูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ จำนวนหนึ่งฉบับ

(๓) สำเนาหลักฐานการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนหนึ่งฉบับ

(๔) เอกสารหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น กรณีชื่อตัวหรือชื่อสกุลในหลักฐานการสมัครเข้ารับการคัดเลือกไม่ตรงกัน ได้แก่ สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว หรือสำเนาหนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียนเปลี่ยนชื่อสกุล แล้วแต่กรณี เป็นต้น

๕.๓ ตำแหน่งผู้แทน...

๕.๓ ตำแหน่งผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่

(๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาดหนึ่งนิ้วหรือสองนิ้ว จำนวนสองรูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จำนวนหนึ่งฉบับ

(๓) เอกสารที่แสดงประสบการณ์ทำงาน และผลงานที่เป็นที่ประจักษ์ (ถ้ามี)

(๔) เอกสารหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น กรณีชื่อตัวหรือชื่อสกุลในหลักฐานการสมัครเข้ารับ การคัดเลือกไม่ตรงกัน ได้แก่ สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว หรือสำเนาหนังสือสำคัญแสดงการ จดทะเบียนเปลี่ยนชื่อสกุล แล้วแต่กรณี เป็นต้น

๕.๔ ตำแหน่งผู้แทนภาคประชาชนจากชุมชนในเขตพื้นที่

(๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาดหนึ่งนิ้วหรือสองนิ้ว จำนวนสองรูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวกรรมการชุมชน จำนวนหนึ่งฉบับ

(๓) สำเนาหลักฐานการจัดตั้งชุมชน จำนวนหนึ่งฉบับ

(๔) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนหนึ่งฉบับ

(๕) เอกสารหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น กรณีชื่อตัวหรือชื่อสกุลในหลักฐานการสมัครเข้ารับ การคัดเลือกไม่ตรงกัน ได้แก่ สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว หรือสำเนาหนังสือสำคัญแสดงการ จดทะเบียนเปลี่ยนชื่อสกุล แล้วแต่กรณี เป็นต้น

๕.๕ ตำแหน่งผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่

(๑) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาดหนึ่งนิ้วหรือสองนิ้ว จำนวนสองรูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ จำนวนหนึ่งฉบับ

(๓) สำเนาหลักฐานการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล (กรณีองค์กรเอกชนเป็นนิติบุคคล) จำนวนหนึ่งฉบับ

(๔) หนังสือรับรองความมีอยู่และการดำเนินกิจกรรม (กรณีองค์กรเอกชนไม่เป็นนิติบุคคล) จำนวนหนึ่งฉบับ

(๕) ภาพถ่ายที่ตั้งสำนักงานองค์กรเอกชน จำนวนหนึ่งฉบับ

(๖) รายชื่อกรรมการขององค์กรเอกชน จำนวนหนึ่งฉบับ

(๗) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของธนาคาร หรือสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ หรือหลักฐานอื่น ย้อนหลังหนึ่งปีจนถึงวันเปิดรับสมัคร จำนวนหนึ่งฉบับ (ถ้ามี)

(๘) รายงานการประชุม หรือรายงานผลการดำเนินงาน หรือเอกสาร หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นที่แสดงถึงการดำเนินกิจกรรมในงานด้านนั้น หรือหนังสือรับรองว่าปฏิบัติงานตามนี้มาแล้ว ไม่น้อยกว่าหนึ่งปีจนถึงวันเปิดรับสมัครคัดเลือก

(๙) เอกสารหลักฐาน...

(๙) เอกสารหลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น กรณีชื่อตัวหรือชื่อสกุลในหลักฐานการสมัครเข้ารับ การคัดเลือกไม่ตรงกัน ได้แก่ สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว หรือสำเนาหนังสือสำคัญแสดงการ จดทะเบียนเปลี่ยนชื่อสกุล แล้วแต่กรณี เป็นต้น

ภาพถ่ายที่ตั้ง สำเนาเอกสาร และสำเนาหลักฐาน ทุกฉบับให้ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก เขียนคำรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง” และลงลายมือชื่อรับรองพร้อมทั้งลงชื่อตัวและชื่อสกุลด้วยตัวบรรจงและวัน เดือน ปีที่รับรอง ไว้ที่ภาพถ่ายที่ตั้ง สำเนาเอกสาร และสำเนาหลักฐานนั้น

๖. เงื่อนไขในการรับสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๖.๑ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกสมัครได้เพียงครั้งเดียว ตำแหน่งเดียว และเขตพื้นที่เดียวเท่านั้น โดยเมื่อสมัครแล้วจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขไม่ได้

๖.๒ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องกรอกข้อความลงในใบสมัครตามแบบที่กำหนดแนบท้าย ประกาศนี้ให้ถูกต้องครบถ้วนทุกข้อและตรงตามความเป็นจริง และลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน และต้องยื่น เอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ให้ครบถ้วน หากใบสมัครฉบับใดไม่เป็นไปตามแบบที่กำหนด หรือกรอกข้อความไม่ครบถ้วนทุกข้อหรือไม่ตรงตามความเป็นจริง หรือไม่ลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน หรือมีข้อความไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ไม่ว่าจะด้วยกรณีใด หรือยื่นเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด ใบสมัครนั้นจะไม่ได้รับการพิจารณาและผู้สมัครรายนั้นจะไม่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

๖.๓ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่า เป็นผู้มีความซื่อสัตย์และไม่มีลักษณะต้องห้ามตรงตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ ทั้งนี้ หากปรากฏภายหลังไม่ว่าในช่วงเวลาใด ก็ตามว่า ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกไม่มีคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตรงตามประกาศนี้ หรือไม่ได้ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ จะถือว่าผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครเข้ารับการคัดเลือก ครั้งนี้มาตั้งแต่ต้น และไม่มีสิทธิได้รับการแต่งตั้งหรือสิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

๖.๔ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ภายในระยะเวลา เปิดรับสมัครและตามวิธีการที่กำหนดไว้ในประกาศนี้เท่านั้น หากยื่นใบสมัครหรือเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ นอกเหนือจากวันหรือเวลาที่กำหนดหรือยื่นโดยวิธีการอื่น ใบสมัครนั้นจะไม่ได้รับการพิจารณาและผู้สมัครรายนั้น จะไม่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

๖.๕ ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่มีลักษณะต้องห้าม และได้ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ครบถ้วนเท่านั้น จึงจะมีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก โดยการพิจารณาว่าผู้สมัครเข้ารับ การคัดเลือกรายใดเป็นผู้มีความซื่อสัตย์และไม่มีลักษณะต้องห้ามนั้น จะพิจารณาจากข้อมูลที่กรอกในใบสมัคร และเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ยื่นมาพร้อมกับใบสมัครเท่านั้น ทั้งนี้ หากผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกจงใจกรอกข้อมูล อันเป็นเท็จ อาจมีความผิดฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๓

๖.๖ เป็นหน้าที่ของผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกที่จะต้องตรวจสอบรายละเอียดการสมัครเข้ารับการคัดเลือก และติดตามประกาศกำหนดรายละเอียดและกำหนดการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการคัดเลือกในครั้งนี้

๗. ศูนย์บริการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบ

สำนักงานเขตคลองเตยกำหนดให้ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๑ คลองเตย เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบดำเนินการจัดประชุมผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย ตำแหน่งผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในเขตพื้นที่

๘. การประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือก วัน เวลา และสถานที่ในการจัดประชุมคัดเลือก และข้อกำหนดเกี่ยวกับการประชุมคัดเลือก

๘.๑ สำนักงานเขตคลองเตยจะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย ตำแหน่งผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ตำแหน่งผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ ตำแหน่งผู้แทนภาคประชาชนจากชุมชนในเขตพื้นที่ และตำแหน่งผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ วัน เวลา และสถานที่ในการจัดประชุมคัดเลือก และข้อกำหนดเกี่ยวกับการประชุมคัดเลือก ภายในวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยจะปิดประกาศไว้ ณ สำนักงานเขตคลองเตย และทางเว็บไซต์ <https://khiongtoei.district@gmail.com> ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการ สำนักงานเขตคลองเตยจะประกาศให้ทราบโดยจะปิดประกาศไว้ ณ สถานที่ และทางเว็บไซต์ข้างต้น

๘.๒ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๑ คลองเตย จะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย ตำแหน่งผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่ วัน เวลา และสถานที่ในการจัดประชุมคัดเลือก และข้อกำหนดเกี่ยวกับการประชุมคัดเลือก ภายในวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยจะปิดประกาศไว้ ณ สำนักงานเขตคลองเตย และทางเว็บไซต์ <https://khiongtoei.district@gmail.com> ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๑ คลองเตย จะประกาศให้ทราบโดยจะปิดประกาศไว้ ณ สถานที่ และทางเว็บไซต์ข้างต้น

๘.๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๐ สุขุมวิท จะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย ตำแหน่งผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่ วัน เวลา และสถานที่ในการจัดประชุมคัดเลือก และข้อกำหนดเกี่ยวกับการประชุมคัดเลือก ภายในวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยจะปิดประกาศไว้ ณ สำนักงานเขตคลองเตย และทางเว็บไซต์ <https://khiongtoei.district@gmail.com> ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๐ สุขุมวิท จะประกาศให้ทราบโดยจะปิดประกาศไว้ ณ สถานที่ และทางเว็บไซต์ข้างต้น

๙. วิธีการคัดเลือก

จะดำเนินการคัดเลือกโดยจัดประชุมให้ผู้สมัครที่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกที่มีรายชื่อตามข้อ ๗ ในแต่ละตำแหน่งให้คัดเลือกกันเองอย่างเปิดเผยในวัน เวลาและสถานที่ที่กำหนด ให้ได้ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวนหนึ่งคน ผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน ผู้แทน ภาคประชาชนจากชุมชนในเขตพื้นที่ จำนวนสามคน และผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน เพื่อแต่งตั้ง เป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย โดยในการประชุมนั้น ก่อนเริ่ม การคัดเลือก ให้ผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือกที่มาแสดงตนแสดงวิสัยทัศน์ต่อการเป็นอนุกรรมการใน คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตตามวิธีการและระยะเวลาที่ประธานในที่ประชุมกำหนด เมื่อ ผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือกที่มาแสดงตนทั้งหมดได้แสดงวิสัยทัศน์แล้ว หากปรากฏว่า มีผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับ การคัดเลือกมาแสดงตนน้อยกว่าหรือครบตามจำนวนที่รับสมัคร ให้ผู้นั้นเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วย บริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตพื้นที่ ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่ ผู้แทนภาคประชาชนจากชุมชนในเขต พื้นที่ หรือผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ แล้วแต่กรณี เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต แต่หากมีผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือกมาแสดงตนมากกว่าจำนวนที่รับสมัคร ให้ผู้สมัครดังกล่าวทั้งหมดนั้นตกลงวิธีในคัดเลือกกันเองอย่างเปิดเผย ทั้งนี้ หากผู้สมัครข้างต้นไม่สามารถตกลง คัดเลือกกันเองอย่างเปิดเผยได้ ให้ผู้อำนวยการเขตหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินการคัดเลือกโดยใช้วิธีจับฉลาก ตามวิธีการที่ประธานในที่ประชุมกำหนดและให้ถือเป็นที่สุด

๑๐. ข้อกำหนดเกี่ยวกับการประชุมคัดเลือก

ผู้สมัครที่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกตามข้อ ๘ ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการ ประชุมคัดเลือกโดยเคร่งครัด ดังต่อไปนี้

- ๑๐.๑ ผู้สมัครต้องแต่งกายให้สุภาพเรียบร้อยตามประเพณีนิยมและประพฤติตนเป็นสุภาพชน
- ๑๐.๒ เป็นหน้าที่ของผู้สมัครที่จะต้องทราบวัน เวลา และสถานที่ในการจัดประชุมคัดเลือก
- ๑๐.๓ ผู้สมัครควรไปถึงสถานที่ในการจัดประชุมคัดเลือกก่อนเวลาประชุมคัดเลือกที่กำหนด เนื่องจากต้องมีการแสดงตนเพื่อเข้าประชุมคัดเลือก โดยจะปิดการแสดงตนเมื่อถึงเวลาประชุมคัดเลือกที่กำหนด ผู้สมัครที่มาแสดงตนหลังจากที่ได้ปิดการแสดงตนไปแล้ว จะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าประชุมคัดเลือก

๑๐.๔ ผู้สมัครต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งและคำแนะนำของคณะกรรมการ คณะทำงาน และเจ้าหน้าที่โดยเคร่งครัด

๑๐.๕ ผู้สมัครต้องนำ...

๑๐.๕ ผู้สมัครต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ ซึ่งปรากฏรูปถ่าย ชื่อตัวและชื่อสกุล และเลขประจำตัวประชาชน มาแสดงตนเพื่อเข้าประชุมคัดเลือก ในกรณีที่ผู้สมัครเปลี่ยนชื่อตัวหรือชื่อสกุลภายหลังมีการประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก ผู้สมัครต้องแสดงหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัวหรือหนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียนเปลี่ยนชื่อสกุล แล้วแต่กรณี ฉบับจริงในวันประชุมคัดเลือก หากผู้สมัครไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานที่ใช้ในการแสดงตน เข้าประชุมคัดเลือกดังกล่าว หรือมีหลักฐานที่ใช้ในการแสดงตนแต่ไม่ครบถ้วน หรือหลักฐานที่ใช้ในการแสดงตน มีข้อมูลไม่ถูกต้องตรงกัน ผู้สมัครจะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าประชุมคัดเลือกโดยเด็ดขาด

๑๐.๖ เฉพาะผู้สมัครที่มาแสดงตนภายในวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด และปฏิบัติตาม ข้อกำหนดเกี่ยวกับการประชุมคัดเลือกเท่านั้นที่จะมีสิทธิเข้าประชุมคัดเลือก ผู้สมัครที่ไม่มาแสดงตนภายในวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด ถือว่าผู้สมัครสละสิทธิ ซึ่งจะไม่มีสิทธิเข้าประชุมคัดเลือก รวมทั้งไม่มีสิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น กรณีที่ผู้สมัครไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการประชุมคัดเลือก ผู้สมัครจะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าประชุมคัดเลือก รวมทั้งไม่มีสิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้นเช่นเดียวกัน

๑๑. การประกาศรายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือกในการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการ ในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

สำนักงานเขตคลองเตย จะประกาศรายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือกในการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้ง บุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ภายในวันที่ภายในวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยจะปิดประกาศไว้ ณ สำนักงานเขตคลองเตย และทางเว็บไซต์ <https://khiongtoei.district@gmail.com> ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการ สำนักงานเขตคลองเตย จะประกาศให้ทราบโดยจะปิดประกาศไว้ ณ สถานที่ และทางเว็บไซต์ข้างต้น

๑๒. การแต่งตั้ง

สำนักงานเขตคลองเตย จะแจ้งรายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือกในการรับสมัครเข้ารับการ คัดเลือกครั้งนี้ให้สำนักอนามัยเพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต คลองเตย หากประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครหรือคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครไม่แต่งตั้งผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการดังกล่าว ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ให้ถือว่าการรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกครั้งนี้เป็นอันยกเลิก และผู้ที่ได้รับการคัดเลือก ไม่มีสิทธิเรียกร้องใด ๆ ทั้งสิ้น

๑๓. วาระการดำรงตำแหน่ง

ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกในการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตคลองเตย ในครั้งนี้ มีวาระการดำรงตำแหน่งสี่ปีนับแต่วันที่แต่งตั้ง

ทั้งนี้ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ชั้น ๕ สำนักงานเขตคลองเตย โทร. ๐๒ ๒๔๙ ๑๘๖๓

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางเบญญา อินทรวงศ์ใจดี)
(...ผู้อำนวยการเขตคลองเตย...)

ผู้อำนวยการเขต....

*****หมายเหตุ** ให้สำนักงานเขตใส่ข้อมูลในส่วนสุดท้ายของแบบใบสมัคร (การส่งใบสมัครและหมายเหตุ) ให้ครบถ้วนตรงตามที่กำหนดไว้ในประกาศรับสมัคร แล้วพิมพ์และนำแบบใบสมัครนั้น มาแนบท้ายประกาศรับสมัครนี้ด้วย

ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาล

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่

เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย

๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว

บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ ซึ่งเป็นสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

๑.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ดิถยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ ข้อมูลโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๑) ชื่อโรงพยาบาล.....

(๒) ที่ตั้งโรงพยาบาล

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

(๓) การให้บริการของโรงพยาบาล

๒.๒ การเสนอชื่อผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่

(กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีที่โรงพยาบาลเป็นผู้เสนอชื่อ)

มีความประสงค์จะเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง..... เป็นผู้แทนโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่ เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๒.๒ เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง.....

เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....

มาตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทนโรงพยาบาล

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

ลำดับ	ปฏิบัติหน้าที่	องค์กร	ระยะเวลา การปฏิบัติหน้าที่
๑			
๒			
๓			

(๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม (ถ้ามี)

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

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (ถ้ามี)

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

ส่วนที่ ๓ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหลักฐานการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)	
เลขที่รับ	
วันที่รับ	เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนที่ ๔ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขต.....

- ส่งด้วยตนเอง ณ
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....

.....

.....

.....

ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนภาคประชาชนจากชุมชนในเขตพื้นที่
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนภาคประชาชนจากชุมชนในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้ง
เป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นกรรมการชุมชนตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยชุมชนและกรรมการชุมชนในเขตพื้นที่
ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพเขต ดังนี้

๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

๑.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้
กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการ
ทุจริตและประพฤติมิชอบ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลประวัติ

๒.๑ ข้อมูลทั่วไป

- (๑) คำนำหน้าชื่อ.....
ชื่อ..... นามสกุล.....
- (๒) เกิดวันที่ เดือน..... พ.ศ. อายุ ปี

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวกรรมการชุมชน พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหลักฐานการจัดตั้งชุมชน พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)	
เลขที่รับ	
วันที่รับ	เวลา.....

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

ส่วนที่ ๔ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขต.....

- ส่งด้วยตนเอง ณ
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....
.....
.....
.....

ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่
ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัด
กรุงเทพมหานคร เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานบริการที่ได้
ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นสถานบริการที่
ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

๑.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้
กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการ
ทุจริตและประพฤติมิชอบ

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒.๑ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ

(๑) ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

(๒) ที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

(๓) การให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒.๒ การเสนอชื่อผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร

(กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้เสนอชื่อ)

มีความประสงค์จะเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง..... เป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๒.๒ เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง.....

เป็นผู้ปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

มาตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทนหน่วยบริการปฐมภูมิ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลประวัติ

๓.๑ ข้อมูลทั่วไป

(๑) คำนำหน้าชื่อ.....

ชื่อ..... นามสกุล.....

(๒) เกิดวันที่ เดือน..... พ.ศ. อายุ ปี

(๓) สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

บ้าน ที่ทำงาน (ระบุ).....

เลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) e-mail.....

๓.๒ ประวัติการศึกษา (เรียงจากวุฒิการศึกษาสูงสุดลงไปตามลำดับ)

(๑) สาขา.....

(๒) สาขา.....

(๓) สาขา.....

๓.๓ ประวัติการทำงาน

(๑) หน้าที่การงานและความรับผิดชอบในปัจจุบัน

▪ ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่.....

▪ สถานที่ปฏิบัติงาน.....

▪ งานในความรับผิดชอบ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

ลำดับ	ปฏิบัติหน้าที่	องค์กร	ระยะเวลา การปฏิบัติหน้าที่
๑			
๒			
๓			

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหลักฐานการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)	
เลขที่รับ	
วันที่รับ	เวลา.....

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

ส่วนที่ ๔ การส่งใบสมัคร

- ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขต.....
- ส่งด้วยตนเอง ณ
 - จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่
- โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....

ใบสมัคร

เข้ารับการศึกษาคัดเลือกเป็นผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการศึกษาคัดเลือกเป็นผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็น
อนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็น
อนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

๑.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) เป็นบุคคลที่ถูกไล่ออก ปลดออก ให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะทุจริตต่อหน้าที่ หรือถือว่ากระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบ

๑.๓ คุณสมบัติเฉพาะ

ประเภทกิจกรรมขององค์กร	คุณสมบัติขององค์กร
(ก) งานด้านเด็กและเยาวชน (ข) งานด้านสตรี (ค) งานด้านผู้สูงอายุ (ง) งานด้านคนพิการ หรือผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ด้อยโอกาส (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น (ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน (ช) งานด้านชุมชนแออัด (ซ) งานด้านเกษตรกร (ฅ) งานด้านชนกลุ่มน้อย	(๑) ต้องมาจากองค์กรเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ที่มีใช้เป็นการแสวงหาผลกำไรที่ดำเนินกิจกรรมอย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่งในเขตพื้นที่ (๒) เป็นองค์กรเอกชนที่เป็นนิติบุคคลหรือไม่เป็นนิติบุคคล และดำเนินงานกิจกรรมในด้านนั้น ๆ มาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี จนถึงวันเปิดรับสมัครคัดเลือก (๓) มีที่ตั้งองค์กรและกรรมการขององค์กร

ส่วนที่ ๒ ประเภทกิจกรรมที่รับสมัคร

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเป็นผู้แทนองค์กรเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ที่มีใช้เป็นการแสวงหาผลกำไรที่ดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้ ในเขตพื้นที่ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในกล่องข้อความหน้าประเภทกิจกรรมที่สมัคร โดยผู้สมัครแต่ละท่านสามารถสมัครได้เพียงกิจกรรมเดียวเท่านั้น)

- งานด้านเด็กและเยาวชน
- งานด้านสตรี
- งานด้านผู้สูงอายุ
- งานด้านคนพิการ หรือผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ด้อยโอกาส
- งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น
- งานด้านผู้ใช้แรงงาน
- งานด้านชุมชนแออัด
- งานด้านเกษตรกร
- งานด้านชนกลุ่มน้อย

ส่วนที่ ๓ ข้อมูลองค์กรเอกชน

๓.๑ ข้อมูลองค์กรเอกชน

- (๑) ชื่อองค์กรเอกชน.....
- (๒) สถานภาพขององค์กรเอกชน
 - ไม่เป็นนิติบุคคล
 - เป็นนิติบุคคล ประเภท.....

(๓) ที่ตั้งองค์กรเอกชน

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

(๔) ก่อตั้งเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ณ ปัจจุบันเป็นเวลา.....ปี

จำนวนสมาชิกเมื่อเริ่มก่อตั้ง.....คน จำนวนสมาชิกในปัจจุบัน.....คน

(๕) วัตถุประสงค์ดำเนินกิจกรรมขององค์กรเอกชน

■

.....

■

.....

(๖) พื้นที่หลักในการดำเนินงานหรือกิจกรรมขององค์กรเอกชน

.....

(๗) กลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานหรือกิจกรรมขององค์กรเอกชน

.....

(๘) การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพขององค์กรเอกชน

.....

.....

.....

.....

๓.๒ การเสนอชื่อผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่ (กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีที่องค์กรเอกชนเป็นผู้เสนอชื่อ)

มีความประสงค์จะเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง..... เป็นผู้แทนองค์กรเอกชนในเขตพื้นที่

เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๓.๓ การรับรองว่าผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อฯ ตามข้อ ๓.๒ เป็นสมาชิกขององค์กรเอกชน

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว

ตำแหน่ง.....

เป็นสมาชิกขององค์กร.....

มาตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทนองค์กรเอกชน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

(๒) การปฏิบัติหน้าที่ในอดีต (โปรดระบุเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญ)

ลำดับ	ปฏิบัติหน้าที่	องค์กร	ระยะเวลา การปฏิบัติหน้าที่
๑			
๒			
๓			

(๓) ประสบการณ์สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับทางสังคม

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

(๔) ผลงานของข้าพเจ้าอันเป็นที่ประจักษ์ ดังเอกสารหลักฐานที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้ (สนับสนุนการสมัครในสาขาที่เลือก)

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

ส่วนที่ ๕ วิสัยทัศน์ของข้าพเจ้าต่อการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานที่แนบมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหลักฐานการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล (กรณีองค์กรเอกชนเป็นนิติบุคคล) พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- หนังสือรับรองความมีอยู่และการดำเนินกิจกรรม (กรณีองค์กรเอกชนไม่เป็นนิติบุคคล) จำนวน ๑ ฉบับ
- ภาพถ่ายที่ตั้งสำนักงานองค์กรเอกชน จำนวน ๑ ฉบับ
- รายชื่อกรรมการขององค์กรเอกชน จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของธนาคาร หรือสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ หรือหลักฐานอื่น ย้อนหลังหนึ่งปีจนถึงวันเปิดรับสมัคร พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)
- รายงานการประชุม หรือรายงานผลการดำเนินงาน หรือเอกสาร หรือภาพถ่าย หรือหลักฐานอื่นที่แสดงถึง การดำเนินกิจกรรมในงานด้านนั้นมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปีจนถึงวันเปิดรับสมัคร หรือหนังสือรับรอง ว่าปฏิบัติงานตามนี้มาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปีจนถึงวันเปิดสมัครคัดเลือก
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือ ผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)	
เลขที่รับ
วันที่รับ เวลา.....

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

ส่วนที่ ๖ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการเขต.....

- ส่งด้วยตนเอง ณ
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....

ใบสมัคร

เข้ารับการศึกษาเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
ในเขตพื้นที่ เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๗๑

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/นาง.....

เลขประจำตัวประชาชน

เลขบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเป็นผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเขตพื้นที่
เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข.....

ส่วนที่ ๑ เขตพื้นที่ที่สมัคร

(โปรดระบุชื่อเขตพื้นที่ของเขตที่สมัครตามศูนย์บริการสาธารณสุขที่สังกัด โดยผู้สมัครแต่ละท่าน สามารถสมัคร
เพียงเขตเดียวเท่านั้น)

ส่วนที่ ๒ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม
ของการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต ดังนี้

๒.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

๒.๒ ลักษณะต้องห้าม

- (๑) ติดยาเสพติดให้โทษ
- (๒) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๓) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ วิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (๔) ต้องคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือคำสั่งที่ขอด้วยกฎหมาย
- (๕) ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาล
- (๖) ได้รับหรือเคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้
กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาเอกสารและหลักฐานมาพร้อมใบสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- เอกสารที่แสดงประสบการณ์ทำงาน และผลงานที่เป็นที่ประจักษ์ (ถ้ามี)
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กรอกข้างต้นและเอกสารที่แนบมาพร้อมใบสมัครเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อมูลใดเป็นเท็จหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นผู้สมัครหรือผู้ถูกเสนอชื่อในครั้งนี้

(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)	
เลขที่รับ	
วันที่รับ	เวลา.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนที่ ๕ การส่งใบสมัคร

ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการรับสมัครทั้งหมด ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข.....

- ส่งด้วยตนเอง ณ
- จัดส่งทางไปรษณีย์ มาที่

โดยถือว่า วัน เวลา ที่ประทับตราบนซองจดหมายของไปรษณีย์ต้นทาง เป็นวัน เวลา ที่ยื่นสมัคร

กำหนดปิดรับใบสมัครวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....

.....

.....

.....