



ประกาศสำนักงานเขตตลิ่งชัน
เรื่อง รับสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพเขตตลิ่งชัน แทนตำแหน่งที่ว่าง

ด้วยสำนักอนามัย มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ กท ๐๗๐๑/๘๖๓๐ ลงวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๓
แจ้งเรื่องสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ยกเลิกการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามกฎหมาย
ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ของสถานบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น
๑๗๒ แห่ง ทำให้สถานบริการที่ถูกยกเลิกการขึ้นทะเบียนสิ้นสุดสภาพการเป็นหน่วยบริการ ตั้งแต่วันที่ ๑๘
กันยายน ๒๕๖๓ จำนวน ๖๔ แห่ง และวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑๐๘ แห่ง ซึ่งมีผลให้อนุกรรมการ
ในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตตลิ่งชันที่เป็นผู้แทนที่มาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ
ที่ถูกยกเลิกการขึ้นทะเบียนนั้น พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ วรรค ๒ แห่งประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง การคัดเลือกอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต
พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สำนักงานเขตตลิ่งชันจึงประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือก
เพื่อแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตตลิ่งชัน แทนตำแหน่งที่ว่าง
โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งที่รับสมัครคัดเลือก และจำนวนตำแหน่งว่าง

- ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑ คน

๒. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๒.๑ อนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ตามข้อ ๖
ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้วงเงินที่คณะกรรมการกองทุนกำหนดและ
เป็นไปตามระเบียบ ประกาศ และหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

๒.๒ ควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน และการจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจัดทำ
บัญชีหรือทรัพย์สินที่อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
ในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการ
กองทุนกำหนด

๒.๓ กำกับดูแลให้สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นของรัฐ
องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ที่ได้รับอนุมัติให้ใช้จ่ายเงินกองทุน ดำเนินการให้เป็นไปตามแผนงานหรือโครงการ
หรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ และตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

๒.๔ สนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข
ทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒.๕ ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและแผนดำเนินการที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข
ของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่

๒.๖ จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานรายรับ รายจ่าย และเงินคงเหลือของกองทุน ที่อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ให้คณะกรรมการกองทุนทราบ ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

๒.๗ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย

๓. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๓.๑ คุณสมบัติทั่วไปและลักษณะต้องห้าม

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณลักษณะทั่วไป และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามประกาศ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ดังต่อไปนี้

ก. คุณสมบัติทั่วไป

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์

ข. ลักษณะต้องห้าม

(๑) ติดยาเสพติดให้โทษ

(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

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณลักษณะเฉพาะ ตามที่กำหนดไว้ในประกาศ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่อง คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ดังต่อไปนี้

- ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ต้องเป็นผู้แทนที่มาจาก สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตพื้นที่

๔. การรับสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๔.๑ ผู้ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร สามารถสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ และกำหนดปิดรับการสมัครในเวลา ๑๖.๐๐ น. ของวันสุดท้ายในการเปิดรับสมัคร โดยวิธีการดังต่อไปนี้

๔.๑.๑ สมัครได้ด้วยตนเอง ในวันและเวลาราชการ ณ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตตลิ่งชัน

๔.๑.๒ สมัครทางไปรษณีย์ โดยส่งใบสมัครพร้อมเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร มาที่ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตตลิ่งชัน ๓๓๓ ถนนชักพระ แขวงคลองชักพระ เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๗๐

/๕. เอกสาร...

๕. เอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร

ผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก จะต้องยื่นหรือส่งใบสมัครโดยต้องกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกข้อ และลงลายมือชื่อในตอนท้ายของใบสมัครให้ครบถ้วนพร้อมเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัครดังต่อไปนี้

๕.๑ ผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร

๕.๑.๑ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก ขนาดหนึ่งนิ้วหรือสองนิ้ว จำนวนสองรูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกินหกเดือน

๕.๑.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวนหนึ่งฉบับ

๕.๑.๓ สำเนาหลักฐานการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมลงนามรับรองสำเนา จำนวนหนึ่งฉบับ

๖. เงื่อนไขการรับสมัคร

๖.๑ ผู้สมัครสามารถสมัครได้เพียงเขตเดียวเท่านั้น

๖.๒ ผู้สมัครต้องกรอกข้อความลงในใบสมัครให้ถูกต้องครบถ้วนตามแบบที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครกำหนด

๖.๓ ผู้สมัครจะต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามในการแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๖.๔ กำหนดปิดรับการสมัครในเวลา ๑๖.๐๐ น. ของวันสุดท้ายในการเปิดรับสมัคร หากเกินวันและเวลาที่กำหนด ใบสมัครนั้นจะไม่ได้รับการพิจารณา

๖.๕ ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและไม่มีลักษณะต้องห้ามเท่านั้น จึงจะมีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

๗. การประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือก วัน เวลา และสถานที่คัดเลือก

สำนักงานเขตตลิ่งชัน จะประกาศรายชื่อผู้สมัครที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร กำหนดวัน เวลา และสถานที่คัดเลือก ในวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓

๘. วิธีการคัดเลือก

ดำเนินการคัดเลือกโดยจัดประชุมให้ผู้สมัครที่มีรายชื่อตามข้อ ๗ คัดเลือกกันเอง โดยเปิดเผย ในวัน เวลาและสถานที่ที่กำหนด

ทั้งนี้ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตตลิ่งชัน โทร. ๐ ๒๔๒๔ ๒๖๓๕

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายดลจิตร์ เสรีรักษ์)
ผู้อำนวยการเขตตลิ่งชัน

ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่
ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

ที่มีวาระการดำรงตำแหน่งตั้งแต่ปี พ.ศ. -

ติดรูปถ่าย
๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว
บริเวณนี้ ๑ รูป

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ที่ไม่สังกัด
กรุงเทพมหานคร เพื่อแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขต

จึงขอส่งใบสมัครของข้าพเจ้ามายังผู้อำนวยการเขต.....

ส่วนที่ ๑ คุณสมบัติ

ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสถานบริการที่ได้
ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นสถานบริการที่
ไม่สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการ
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 ๕ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๑๖.๐๐ น.

หมายเหตุ หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่.....

ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตตลิ่งชัน
๐ ๒๔๒๔ ๒๖๓๕