

ข่าวประชาสัมพันธ์

เรื่อง การรับสมัครประชาชน คัดเลือกเป็นอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้อง ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ขอประชาสัมพันธ์ การรับสมัครประชาชนคัดเลือก และแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการและ ให้บริการสาธารณสุข ในส่วนตัวแทนประชาชนผู้ให้บริการ จำนวน ๑ คน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ คุณสมบัติของผู้สมัคร

มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- ๑.๑ เป็นประชาชนไทย มีสัญชาติไทย และอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- ๑.๒ อายุไม่ต่ำกว่า ๓๕ ปีบริบูรณ์
- ๑.๓ สามารถปฏิบัติงานได้ตามเวลาที่สำนักงานกำหนด
- ๑.๔ มีประสบการณ์งานที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๕ ปี
- ๑.๕ มีความรู้ ความเข้าใจเรื่อง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ และ ระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับ บริการสาธารณสุข
- ๑.๖ ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- ๑.๗ ไม่เคยได้รับโทษจำคุก โดยคำพิพากษา ถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับ ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- ๑.๘ ปัจจุบันไม่ดำรงตำแหน่งเป็นอนุกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานและบริการ สาธารณสุขเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๒ วันเวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเพื่อเข้ารับการคัดเลือก ให้ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานวุฒิการศึกษา และประวัติการทำงานหรือประสบการณ์ ได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ที่อยู่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารปิโชนทิศใต้ (อาคารจอตรด) “ศูนย์ราชการ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

รหัสไปรษณีย์ ๑๐๒๑๐ ภายในวันที่ ๘ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๐ ในวันและเวลาราชการ (ผู้ประสานงาน นางสาวพัชรี จินดาลภ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๑๔๒๑๐๘ E-mail phatchari.c@nhso.go.)

ข้อ ๓ เงื่อนไขการรับสมัคร

๓.๑ ส่งใบสมัครและหลักฐาน ได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

๓.๒ ผู้สมัครที่เข้ารับการคัดเลือก ให้แสดงหลักฐานและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามประกาศรับสมัคร ต้องกรอกรายละเอียดต่างๆ ในใบสมัครอย่างครบถ้วนเป็นจริง

๓.๓ กรณีตรวจพบภายหลังว่าผู้สมัครไม่มีคุณสมบัติตามประกาศรับสมัครคัดเลือก หรือคุณสมบัติการสมัครไม่ถูกต้องครบถ้วน หรือพบว่าแสดงข้อความอันเป็นเท็จ จะถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการสมัครคัดเลือกตั้งแต่ต้นจะไม่มีสิทธิได้รับการแต่งตั้งหรือเรียกร้องใดๆทั้งสิ้น หรือหากได้รับการคัดเลือกเป็นผู้แทนและได้รับการแต่งตั้งแล้วภายหลังตรวจสอบพบว่ามีความใดที่เป็นเท็จไม่ตรงกับความจริง ก็ยินดีลาออกจากตำแหน่ง โดยไม่เรียกร้องใดๆ กับสำนักงานฯ

ข้อ ๔ หลักฐานการประกอบการสมัคร (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

- | | |
|--|--------------|
| ๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔.๔ หลักฐานอื่นๆ(ถ้ามี) เช่น สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ สกุล | (ถ้ามี) |

ข้อ ๕ ขั้นตอนและวิธีการคัดเลือก

๕.๑ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ตามคำสั่งที่ ๒๓๐/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้สมัคร โดยให้แสดงวิสัยทัศน์ แนวคิด ความมุ่งมั่น ในบทบาทของอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร และส่งรายชื่อให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

๕.๒ สำนักงานงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร นำรายชื่อตามข้อ ๕.๑ เสนอต่อคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน เขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร เพื่อพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสม

๕.๓ สำนักงานงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร นำรายชื่อจากข้อ ๕.๒ เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานและบริการสาธารณสุข เพื่อเห็นชอบและแต่งตั้งต่อไป

ข้อ ๖ การแจ้งรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร แจ้งผลการคัดเลือกจากขั้นตอน ๕.๓ ผ่านWebsite <http://bkk.nhso.go.th> หัวข้อข่าวประชาสัมพันธ์ และส่งหนังสือแจ้งผู้ที่ได้รับการคัดเลือกโดยตรง

ข้อ ๗ การแต่งตั้ง

ประธานคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานและบริการสาธารณสุขจะเป็นผู้ลงนามแต่งตั้งผู้แทนประชาชนผู้ใช้บริการที่ได้รับการคัดเลือก เป็นอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จากนั้นสำนักงานฯ จะทำหนังสือเชิญผู้แทนประชาชนผู้ใช้บริการที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมประชุม ตามอำนาจหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายต่อไป

ประชาสัมพันธ์ ณ วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ใบสมัครคัดเลือกเป็นอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

๑. ข้าพเจ้าชื่อ-สกุล

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ..... สัญชาติ.....

เชื้อชาติ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....(ที่ติดต่อได้)..e-mail.....

กรณีติดต่อผู้สมัครไม่ได้ ให้ติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

นาย/นาง/นางสาว.....หมายเลขโทรศัพท์

ความสัมพันธ์.....ระบุ.....

๒. หลักฐานประกอบ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนจำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านจำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาวุฒิการศึกษาจำนวน ๑ ฉบับ
- หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ สกุล เป็นต้น
- อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์เข้าร่วมคัดเลือกเป็นอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตามประกาศของสำนักงานฯ และข้อความที่ข้าพเจ้ากรอกนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ หากข้อความข้างบนนี้ไม่เป็นความจริง หรือเป็นข้อความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักงานฯ ถอนรายชื่อออกจากการเข้าร่วมคัดเลือกเป็นอนุกรรมการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๐

สำหรับเจ้าหน้าที่ ได้ตรวจสอบเอกสารหรือคุณสมบัติแล้ว (.....) ครบ (.....) ไม่ครบ

ระบุ ๑..... ๒.

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

หมายเหตุ : โปรดกรอกประวัติให้ชัดเจน พร้อมแนบเอกสารให้สมบูรณ์ หากเอกสารไม่สมบูรณ์ท่านอาจถูกถอนสิทธิเข้าร่วม