

ใบสมัครขอเข้าร่วม โครงการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ศุภมาส นามสกุล สุกัญญา ติงศรี มีถิ่นอาศัยที่
อบต./นายกเทศมนตรี ตำบล โพธิ์สาม ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่ 11 ตำบล
โพธิ์สาม อำเภอ พยุหะคีรี จังหวัด ราชบุรี รหัสไปรษณีย์ 40190
เบอร์โทรศัพท์ 043-466200 มือถือ 081-9898984
รายชื่อผู้ประสานงานในหน่วยงานของท่าน พญ.จิระศักดิ์ มือถือ 082-8887984

เป็น อบต.ขนาด เล็ก กลาง ใหญ่ เทศบาล ตำบล เมือง นคร
พื้นที่รับผิดชอบ...1...ตำบล...11...หมู่บ้าน จำนวนประชากร ณ วันที่ 1 ก.ค. 52 จำนวน.....คน

* กรณีรับผิดชอบมากกว่า ๑ ตำบล (กรุณาแนบข้อมูลพื้นที่รับผิดชอบรายหมู่บ้าน/ชุมชน)
รับผิดชอบตำบล..... หมู่ที่..... จำนวน..... หมู่
รับผิดชอบตำบล..... หมู่ที่..... จำนวน..... หมู่

มีจำนวนสถานีอนามัย/รพ.....2 แห่ง ชื่อสอ./รพ. โพธิ์สาม, สอ.โพธิ์สาม
รายชื่อผู้หัวหน้าสอ./รพ. พญ.มาจิ ศักดิ์ มือถือ 081-0054810

ตั้งงบประมาณสมทบในการขอจัดตั้งกองทุน จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ.....30.....ในปีงบประมาณ 2553
(งบประมาณกรณี อบต.ขนาดเล็กต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 อบต.ขนาดกลางต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 อบต.ขนาดใหญ่หรือ
เทศบาลต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของงบประมาณที่สปสข.สมทบให้) **ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 สปสข.จัดงบประมาณ
สมทบเข้ากองทุนฯ จำนวน 40 x จำนวนประชากร (เงินอุดหนุน 5,599 คน)

ขอสมัครเข้าร่วม โครงการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปีงบประมาณ
พ.ศ. 2553 ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อ
สนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ลงวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 โดยเป็นพื้นที่ที่มีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 1. มีความประสงค์จะจัดบริการสุขภาพให้แก่คนในท้องถิ่นและต้องการเข้าร่วมบริหารจัดการกองทุน
- 2. มีประสบการณ์การดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อน
- 3. มีส่วนร่วมของใคร่ภาคีคือ อบต.หรือเทศบาล ชุมชนและผู้ให้บริการ
- 4. มีงบประมาณสมทบตามสัดส่วนที่กำหนดโดยตั้งข้อบัญญัติไว้ในปีงบประมาณที่ขอเข้าร่วมโครงการ
- 5. มีการจัดทำแผนสุขภาพและระบุความต้องการของ ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างชัดเจน
- 6. มีการคัดเลือกคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ลงชื่อ พญ.ศุภมาส สุกัญญา ติงศรี
ปลัด อบต. โพธิ์สาม มีถิ่นอาศัยที่ พญ.มาจิ ศักดิ์
วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2552

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครพร้อมหนังสือแจ้งความจำนงผ่านสปสข. สาขาจังหวัด/เขตที่เป็นที่ตั้งของอปท.
รายละเอียดเพิ่มเติมติดต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น
356/1 อาคารซีที ชั้น 3 ถนนมิตรภาพ ค.เมืองเก่า อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0 4336 5200 โทรสาร 0 4336 5111 www.nhso.go.th/khonkaen

(๑ : การดำเนินงานงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ หรือ พ.ศ. ๒๕๕๔)