

بسمه تعالی

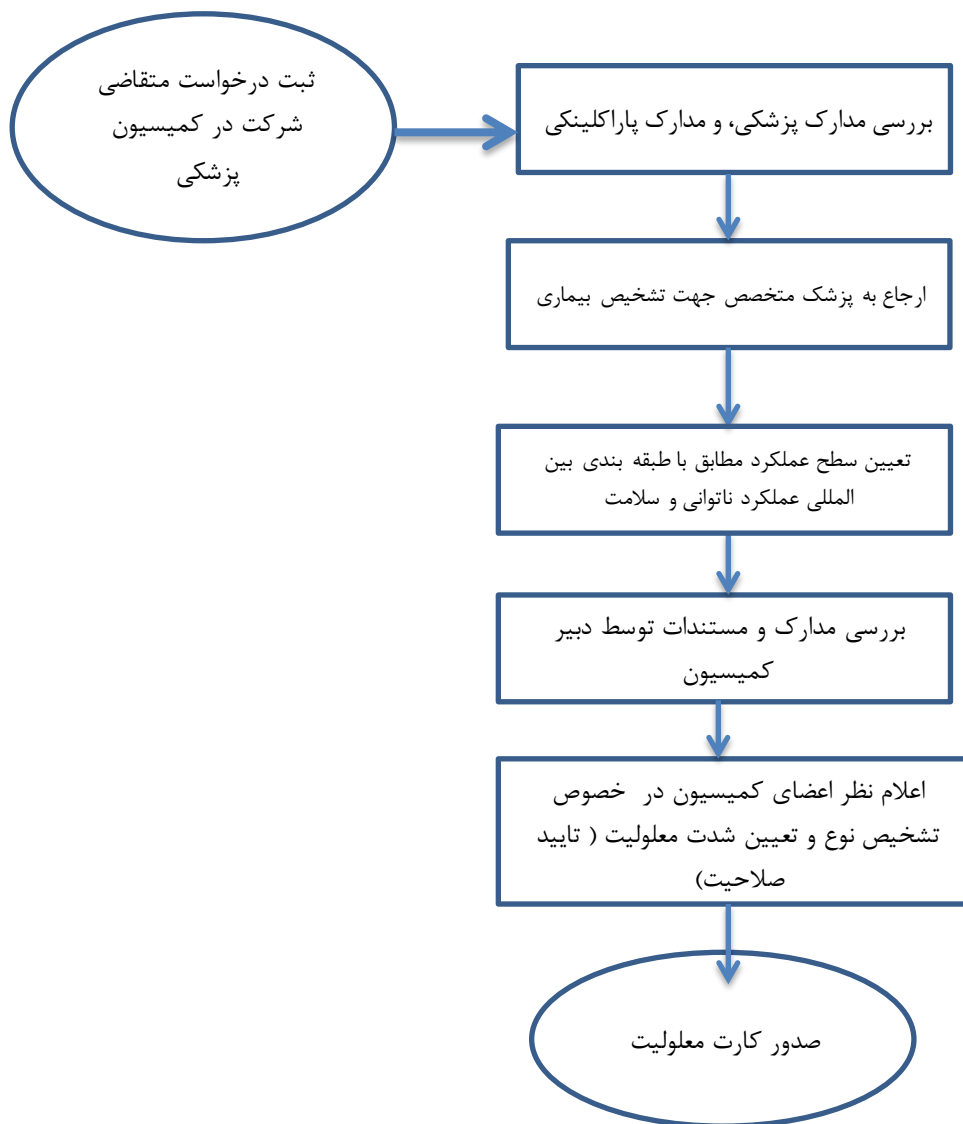
فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

ضمیمه 1

1- عنوان خدمت: تایید صلاحیت تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت		2- شناسه خدمت: (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود).	
3- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: سازمان بهزیستی کشور - معاونت امور توانبخشی - دفتر توانمندسازی معلولین		
	نام دستگاه مادر: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی		
4- مشخصات خدمت	شرح خدمت این فرایند برای تعیین نوع و تعیین شدت معلولیت افراد متقاضی انواع خدمت به سازمان بهزیستی صورت می پذیرد. این تشخیص از طریق کمیسیونی متشکل از انواع رشته های مختلف توانبخشی (توانپزشکی) متناسب با نوع آسیب و همچنین دبیری پزشکی به صورت تیمی انجام می گیرد. مبنای تصمیم گیری و تعیین نوع و تعیین شدت معلولیت بر اساس طبقه بندی بین المللی عملکرد، ناتوانی و سلامت سازمان بهداشت جهانی انجام می گیرد. مبنای تصمیم گیری در کمیسیون بر اساس انجام آزمون های عملکردی سنجش نوع پیامد و عملکرد و میزان تاثیر آسیب بر میزان ناتوانی به صورت توافق تمامی تخصص های انجام می گیرد. تشخیص معلولیت مبنایی صدور کارت معلولیت و معرفی فرد به حوزه های تخصصی محسوب می گردد.		
	نوع خدمت		<input type="checkbox"/> خدمت به شهروندان G2C <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار G2B <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه دولتی G2G
	ماهیت خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری
	سطح خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی
	رویداد مرتبط با:		<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> اشتغال <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت
	نحوه آغاز خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> انجام یک رویداد مشخص <input type="checkbox"/> سایر:.....
	مدارک لازم برای انجام خدمت		تشخیص پزشکی توسط پزشک متخصص معتمد سازمان بهزیستی مستندات تشخیصی و پزشکی مرتبط با نوع آسیب مدارک هویتی معتبر نظیر شناسنامه و کارت ملی
	قوانین و مقررات مربوط		ماده یک قانون جامع حمایت از حقوق معلولین دستور العمل اجرایی کمیسیون های پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت 700/91/128463 مورخ 1391/8/16 شیوه نامه و دستمزده اعضای کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت 700/91/128463 مورخ 1391/11/7 اصلاح شیوه نامه دستمزده اعضای کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت 700/92/108056 مورخ 1392/9/13 ابلاغ کتابچه راهنمای کمیسیون های پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت 700/91/132190 مورخ 1391/11/15 نکات اجرایی در خصوص اجرای صحیح کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت 700/92/3008 مورخ 1391/11/15
	آمار تعداد خدمت گیرندگان (روز - ماه - سال)		سالانه 140000 نفر
	مدت زمان آرایه خدمت:		سه روز
تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال (هر سه سال یک بار تکرار می گردد)	
تعداد بار مراجعه حضوری		یک بار	
هزینه آرایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ انجام آزمایشات و تشخیص های پاراکلینیک و تشخیص پزشک بر عهد فرد خدمت گیرنده است	
پرداخت بصورت الکترونیک		<input type="checkbox"/>	
شماره حساب (های) بانکی		<input type="checkbox"/>	

□		...	
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن			
WWW.			
مراسله ارتباطی خدمت		نوع ارائه	مراحل خدمت
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله اطلاع رسانی خدمت
<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی تکرار حضور مراجعه حضوری	در مرحله اطلاع رسانی خدمت
<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد و اگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	در مرحله درخواست خدمت
<input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی تکرار حضور مراجعه حضوری	در مرحله درخواست خدمت
<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد و اگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	در مرحله درخواست خدمت
<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی تکرار حضور مراجعه حضوری	در مرحله درخواست خدمت
<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد و اگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	در مرحله پیگیری خدمت
<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی تکرار حضور مراجعه حضوری	در مرحله پیگیری خدمت
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک	در مرحله پیگیری خدمت
به منظور احراز اصالت مدارک و فرد و همچنین مشاهده فرد معلول		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی تکرار حضور مراجعه حضوری	7- مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)

استعلام غیرالکترونیکی	استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دیگر	8- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی در		
	برخط Online	دسته ای (Batch)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	تایید صلاحیت	بانک اطلاعاتی سازمان بهزیستی کشور			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
اگر استعلام غیرالکترونیکی است: <input type="checkbox"/> استعلام توسط خود دستگاه انجام می شود. <input type="checkbox"/> استعلام توسط خود مراجعه کننده انجام می شود.	استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	9- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی در دستگاه های دیگر (با ذکر نام سامانه یا بانک)	
	برخط Online	دسته ای (Batch)					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			سازمان ثبت احوال کشور	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
1- انجام اقدامات بالینی در خصوص تشخیص پزشکی نوع آسیب						10- عناوین فرایندهای خدمت	
2- مراجع به دبیر کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت							
3- تشکیل کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت							
4- تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت بر اساس آزمون های سنجش سطح توانمندی							



واحد مربوط:	پست الکترونیک:	تلفن:	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:
-------------	----------------	-------	-------------------------------------