

بسمه تعالی

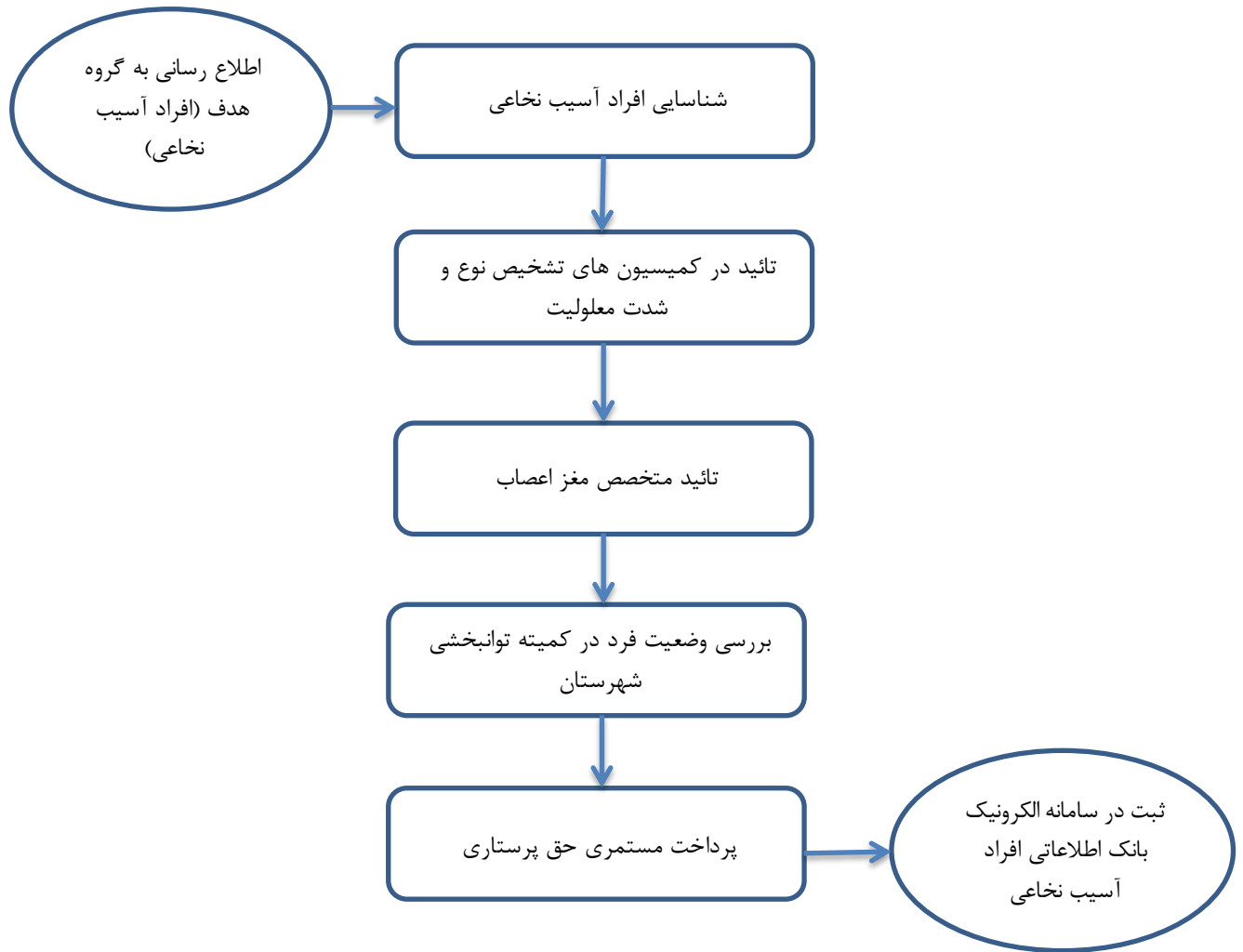
فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

ضمیمه 1

1- عنوان خدمت: پرداخت مستمری حق پرستاری به افراد آسیب نخاعی		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:		
4- مشخصات خدمت	شرح خدمت این فرایند برای ارائه خدمت به افراد آسیب نخاعی که نیازمند مراقبت در منزل هستند طراحی گردیده است. تامین هزینه های مراقبت و پرستاری از طریق پرداخت های ماهانه صورت می پذیرد. تامین هزینه های بهداشتی ضروری و تشویق خانواده های در مراقبت از افراد در محیط خانواده از دیگر اهداف این خدمت می باشد.		
	نوع خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان G2C <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار G2B <input 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"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت	
		<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر	
	نحوه آغاز خدمت	<input 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	تایید آسیب نخاعی حداقل توسط متخصص مغز و اعصاب تأیید توسط کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت	
	قوانین و مقررات مربوط	مصوبه هیات وزیران و آئین نامه اجرایی آن در خصوص پرداخت حق پرستاری معلولان آسیب نخاعی مصوب 1384	
	5- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان (روز - ماه - سال)	12500 نفر
مدت زمان ارائه خدمت:		مستمر	
تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> 12.. بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال	
تعداد بار مراجعه حضوری			
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ	شماره حساب (های) بانکی
	1.200.000 ریال ماهانه به هر فرد		<input checked="" type="checkbox"/>
	...		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
6- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن		
	WWW.		
	مراحل خدمت	نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input checked="" type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) سامانه الکترونیک بانک جامع افراد آسیب نخاعی سازمان بهزیستی کشور	<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه

			<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/> الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب
	در مرحله درخواست خدمت	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویای 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)	<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر	<input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب
	در مرحله درخواست خدمت	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویای 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)	<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب
	در مرحله پیگیری خدمت	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویای 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)	<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب
	7- مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	<input type="checkbox"/> دریافت فرم ارجاع و تایید متخصص مغز و اعصاب	<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب
8- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی در سامانه)	نام سامانه های دیگر	فیلدهای مورد تبادل	استعلام الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> دریافت فرم ارجاع و تایید متخصص مغز و اعصاب	<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب
	سامانه دبیر خانه بیمه		برخط Online			<input type="checkbox"/>
	سامانه اشتغال		دسته ای Batch			<input type="checkbox"/>
	سامانه مسکن		غیر الکترونیکی استعلام			<input checked="" type="checkbox"/>

■	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
اگر استعمال غیر الکترونیکی است: <input type="checkbox"/> استعمال توسط خود دستگاه انجام می شود. <input type="checkbox"/> استعمال توسط خود مراجعه کننده انجام می شود.	استعمال الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر
	دسته ای (Batch)	برخط Online			
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	تایید صلاحیت افراد		سازمان ثبت احوال کشور
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	تایید صلاحیت افراد		وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (مرکز مطالعات آسیب نخاعی بیمارستان امام ره)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1- شناسایی افراد آسیب نخاعی					
2- تایید نوع و شدت آسیب در کمیسیون های پزشکی تشخیص نوع و شدت معلولیت					
3- تایید و تشخیص توسط حداقل یک پزشک متخصص مغز و اعصاب					
4- تایید و ارزیابی توسط کمیته توانبخشی					
5- پرداخت مستمری ماهانه حق پرستاری					
					9- ارتباط خدمات با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی در دستگاه های دیگر (با ذکر نام سامانه یا بانک)
					10- معاون فرایندهای خدمت



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