

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

ضمیمه ۱

<p>۱- عنوان خدمت: ارائه خدمات مراقبت در منزل به معلولین، سالمندان، بیماران روانی مزمن و افراد دارای اختلال طیف اتیسم در مراکز روزانه</p>		<p>۲- شناسه خدمت: ۱۹۰۱۱۰۵۳۱۱۶ (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود).</p>	
<p>۳- ارائه دهنده خدمت</p>	<p>نام دستگاه اجرایی: سازمان بهزیستی</p>		
	<p>نام دستگاه مادر: وزارت تعاون، رفاه و تامین اجتماعی</p>		
<p>۴- مشخصات خدمت</p>	<p>شرح خدمت</p> <p>ارائه خدمات توانبخشی مراقبتی به افراد کم توان و سالمند بسترگرا و بیماران صعب العلاج در منزل از طریق مراقبین آموزش دیده با هدف:</p> <ul style="list-style-type: none"> تغییر رویکرد مراقبتی از نگهداری شبانه روزی در مراکز به ارائه خدمات مراقبتی توانبخشی در منزل و کاهش بار تقاضای استفاده از خدمات مراکز شبانه روزی استفاده مناسب از نیروهای انسانی و اجتماعی ایجاد فرصت های اشتغال و توانمندسازی شغلی تسهیل دسترسی جامعه هدف و خانواده های آنان به خدمات مستمر <p>با اجرای این طرح فرصت های جدید شغلی ایجاد شده ، امکان اشتغال افراد آماده کار با کسب آموزش های لازم مهیا می شود و خدمت توسط فرد بومی از همان منطقه ، با همان فرهنگ و آداب و رسوم ارائه می شود که در پذیرش مراقبت و توانبخشی توسط خدمت گیرنده مهم است.</p>		
	<p>نوع خدمت</p> <p> <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 </p>		<p>نوع مخاطبین</p>
	<p>ماهیت خدمت</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی</p>		<p><input type="checkbox"/> تصدی گری</p>
	<p>سطح خدمت</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی </p>		<p>رویداد مرتبط با:</p> <p> <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 </p>
	<p>نحوه آغاز خدمت</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> انجام یک رویداد مشخص <input type="checkbox"/> سایر:.....</p>		<p>مدارک لازم برای انجام خدمت</p> <p>کارت معلولیت - تایید کمیته تعیین معلولیت استان - نظر کارشناس شهرستان مبنی بر نیاز به خدمات توانبخشی مراقبتی</p>
	<p>قوانین و مقررات مربوط</p> <p>دستورالعمل تاسیس ، اداره و انحلال مراکز مراقبت در منزل (سالمندان ، معلولان ، بی‌ماران روانی مزمن و اختلالات طیف اتیسم)</p>		<p>آمار تعداد خدمت گیرندگان (روز- ماه- سال)</p> <p>۷۱۴۱ نفر</p>
	<p>مدت زمان ارایه خدمت:</p> <p>تواتر</p> <p><input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه</p>		<p>تعداد بار مراجعه حضوری</p> <p>در این مورد مرکز ارائه دهنده خدمت به منزل مراجعه می کند بر اساس آدرس ارائه شده از بهزیستی شهرستان</p>
	<p>هزینه ارایه خدمت (ریال)</p> <p>به خدمت گیرندگان</p>		<p>مبلغ</p> <p>یارانه به صورت ماهانه</p>
	<p>پرداخت بصورت الکترونیک</p> <p><input type="checkbox"/></p>		<p>شماره حساب (های) بانکی</p> <p>واریز به حساب مرکز</p>

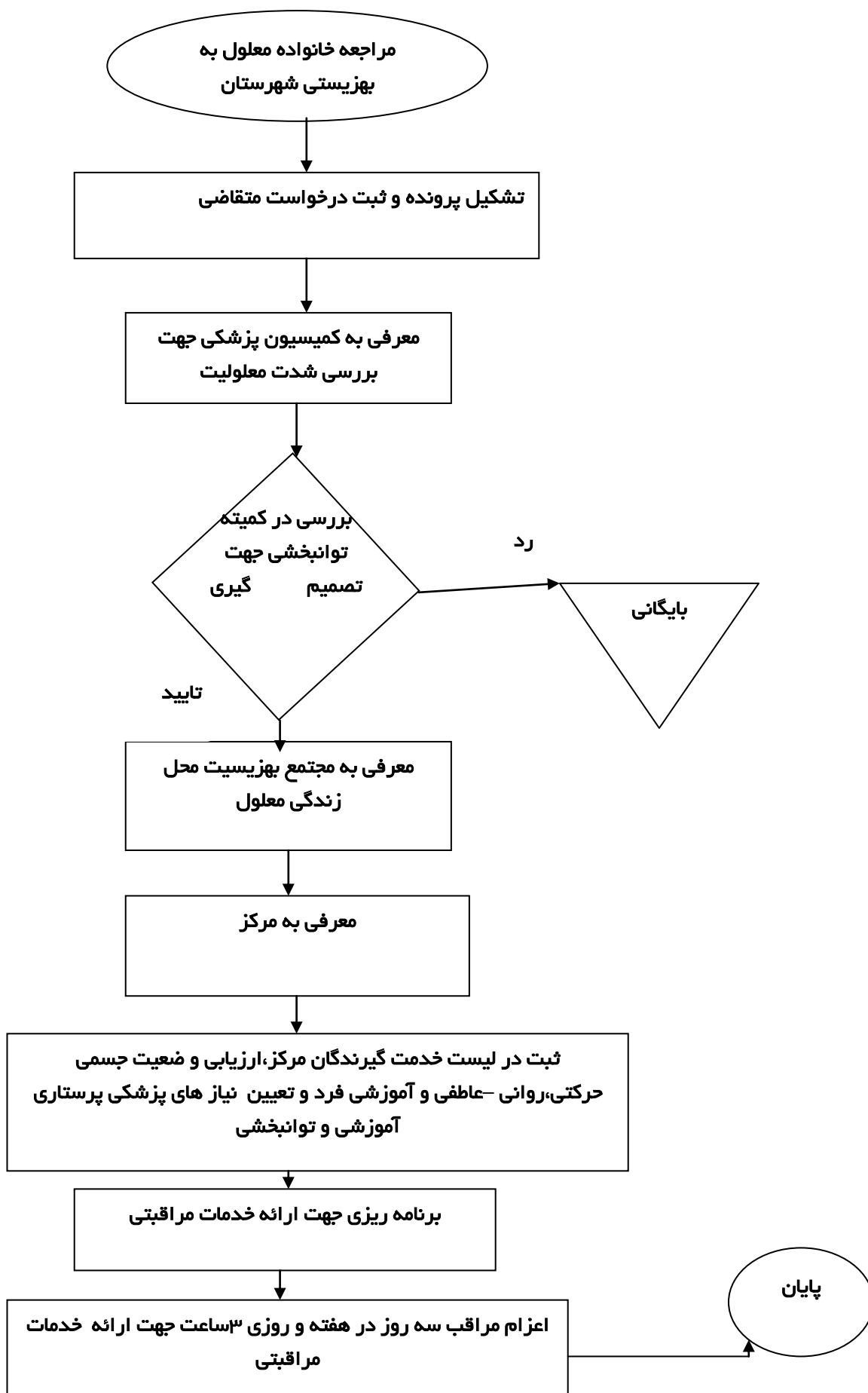
		۳۸۵۰۰۰۰ ریال	
<input type="checkbox"/>	واریز به حساب مرکز		
<input type="checkbox"/>		...	
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن			
WWW.			
مراسله ارتباطی خدمت		نوع ارائه	مراحل خدمت
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست 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 type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	
<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 type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	
<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 type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	
<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 type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	
<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	۷- مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)

		■ غیر الکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضور			
استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل		نام سامانه های دیگر		
	برخط Online	دسته ای (Batch)				<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"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
اگر استعلام غیر الکترونیکی 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		
	برخط Online	دسته ای (Batch)				<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"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
۱- عنوان: فرآیندهای خدمت							
۱- مراجعه خانواده معلول به بهزیستی شهرستان							
۲- تشکیل پرونده و ثبت درخواست متقاضی							
۳- معرفی به کمیسیون پزشکی جهت بررسی شدت معلولیت							
۴- بررسی در کمیته توانبخشی جهت تصمیم گیری							
۵- معرفی به مجتمع بهزیست محل زندگی معلول							
۶- معرفی به مرکز جهت ثبت در لیست خدمت گیرندگان مرکز، ارزیابی و وضعیت جسمی حرکتی، روانی-عاطفی و آموزشی فرد و تعیین نیازهای پزشکی پرستاری آموزشی و توانبخشی							
۷- اعزام مراقب سه روز در هفته و روزی ۳ ساعت جهت ارائه خدمات مراقبتی							

۸- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی در

۹- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی در دستگاههای دیگر (با ذکر نام سامانه یا بانک)

فلوچارت توانبخشی مبتنی بر خانواده



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