

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: تأیید صلاحیت و معرفی به بیمه سلامت جهت دریافت بیمه درمان اعتباری		۲- شناسه خدمت ۱۹۰۱۱۰۵۷۱۰۶ (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: سازمان بهزیستی کشور		
	نام دستگاه مادر: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت خدمات و مراقبت های سلامت طبق تصویب نامه هیات محترم وزیران در سال ۱۳۹۴ به منظور درمان سرپایی و بستری هرگونه اعتیاد به موادمخدر و روان گردان ها		
	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 های 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"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		
	مدارک لازم برای انجام خدمت - ثبت در سامانه پاپا (سازمان بیمه سلامت) - متقاضی درمان اعتیاد باشد - ارائه مدارک شناسایی و هویتی		
	قوانین و مقررات بالادستی - قوانین و مقررات عمومی سازمان بهزیستی - ماده ۲۶ آئین نامه قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت - ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با موادمخدر		
	آمار تعداد خدمت گیرندگان خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/> برابر با ۴۰۰/۰۰۰ نفر می باشد.		
	۵- جزئیات خدمت	متوسط مدت زمان ارائه خدمت: یکبار در سال	
تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه یکبار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال			
تعدادبار مراجعه حضوری بسته به نوع خدمت از یکبار شروع می شود و تا نامحدود ادامه می یابد			
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
۶- نحوه دسترسی	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:		

مرحله خدمت			نوع ارائه		رسانه ارتباطی خدمت	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت			<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input checked="" type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
			<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:	
در مرحله درخواست خدمت			<input type="checkbox"/> الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عنوان مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
			<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:	
مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)			<input type="checkbox"/> الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
			<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		به دلیل احراز شرایط فرد متقاضی درمان اعتیاد می بایست حضوری انجام شود.	
در مرحله پیگیری خدمت			<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input checked="" type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عنوان مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
			<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:	
نام سامانه های دیگر		فیلدهای مورد تبادل			استعلام	
					استعلام الکترونیکی	
۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای)		برخط online		غیر الکترونیکی		
		دستهای (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"/>					
اگر استعمال غیرالکترونیکی است، استعمال توسط:	استعمال الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	۸- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی) (با ذکر نام سامانه یا بانک اطلاعاتی)
	برخط online	دسته ای (Batch)					
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				ستاد مبارزه با مواد مخدر	
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				سازمان بیمه سلامت	
۱- مراجعه متقاضی به سامانه پایا سازمان بیمه سلامت							۹- عناوین فرایندهای خدمت
۲- پذیرش در مراکز درمان اعتیاد							
۳- ارایه خدمات بیمه درمان اعتیاد							
۴- پیگیری							
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							
<pre> graph LR Start((شروع)) --> Review[مراجعه متقاضی به سامانه پایا سازمان بیمه سلامت] Review --> Admission[پذیرش در مراکز درمان اعتیاد] Admission --> Submission[ارایه خدمات بیمه درمان اعتیاد] Submission --> FollowUp[پیگیری] FollowUp --> End((خاتمه)) </pre>							
واحد مربوط: معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد		پست الکترونیک: m.amiri.mehri@gmail.com		تلفن: ۶۶۷۳۷۴۳۴		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مهتری امیری	