

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: صدور کارت شناسایی معلولین		۲- شناسه خدمت: ۱۹۰۱۱۰۵۷۱۰۲	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: سازمان بهزیستی استان ها		
	نام دستگاه مادر: سازمان بهزیستی کشور		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		
	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	
	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	وجود اختلال یا آسیب محرز، تایید پزشک متخصص مبنی بر وجود آسیب	
	قوانین و مقررات مربوط	ماده ۱ قانون حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت	
	آمار تعداد خدمت گیرندگان (روز- ماه- سال)	۱/۴۰۰/۰۰۰ نفر	
	مدت زمان ارائه خدمت:	یک الی دو روز	
تواتر	<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه		
تعداد بار مراجعه حضوری	دو بار		
۵- جزئیات خدمت	مبلغ	شماره حساب(های) بانکی	
	رایگان	پرداخت بصورت الکترونیک	
	هزینه ارائه خدمت (ریال)		
	به خدمت گیرندگان	...	
۶- 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 type="checkbox"/> الکترونیکی	<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"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه
	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	در صورت مراجعه حضوری <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input checked="" type="checkbox"/> مراجعه به بهزیستی شهرستان	<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب

	<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
	دسته ای (Batch)	بخط Online			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
۹- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی در دستگاه همای دیگر (با ذکر نام سامانه یا بانک)					
۱۰- عناوین فرایندهای خدمت					
۱- مراجعه فرد به بهزیستی شهرستان					
۲- ارائه مدارک و مستندات پزشکی مربوط به اختلال یا آسیب					
۳- ارزیابی فرد توسط اعضای کمیسیون پزشکی					
۴- ثبت در بانک اطلاعاتی سازمان / تایید اطلاعات و صدور کارت شناسایی معلولیت					
۱۱- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت					
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:					
تلفن:					
پست الکترونیک:					
واحد مربوط:					