

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان : خدمت: شناسایی و درمان بیماران اچ آی وی مثبت		۲- شناسه خدمت	
		(این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان/معاونت بهداشت		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		ارائه خدمات مشاوره، آزمایش اچ آی وی و درمان بیماران شناسایی شده
	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
	سطح خدمت		<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی
	رویداد مرتبط با:		<input type="checkbox"/> تولد <input checked="" type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> لیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت
	نحوه آغاز خدمت		<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input checked="" type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> بداد رویدادی مشخص
	مدارک لازم برای انجام خدمت		<input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه ...
	قوانین و مقررات بالادستی		دستورالعمل های ارسالی از وزارت خانه
	آمار تعداد خدمت گیرندگان		۵۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال
	متوسط مدت زمان ارایه خدمت:		نیم ساعت
تواتر		<input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال	
تعدادبار مراجعه حضوری			
هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک	
۵- جزئیات خدمت			
۶- نحوه دسترسی به خدمت		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: -	
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"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کو <input type="checkbox"/> سایر (باذکر نحوه دسترسی)	
غیرالکترونیکی		<input checked="" type="checkbox"/> ضرورت <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> ود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:	
مراجعه به دستگاه:		<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	

<input type="checkbox"/> دستگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده							
							در
							۱- عناوین فرایندهای
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							
واحد مربوط: واحد بیماری های واگیر			پست الکترونیک:		تلفن: ۰۳۱۳- ۳۴۴۶۵۶۵۹		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر مرجان مشکوتی