

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: برنامه حمایتی مادران باردار و شیرده		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 برنامه حمایتی مادران باردار و شیرده با همکاری مشترک وزارت بهداشت و درمان و کمیته امداد امام خمینی (ره) جهت حمایت مالی از مادران باردار و شیرده شرح خدمت و بهبود وضعیت تغذیه آن ها و درنهایت بهبود شاخص های تن سنجی آن ها انجام می شود؛ در این برنامه مادران باردار را از میاه همیارم بیارداری تیا میاه ششم شیردهی با صالحیت سنجی توسط سیستم بهداشت و همچنین استحقاق سنجی کمیته امداد تحت پوشش قرار می دهد و با شارژ ماهانیه بین کیارت های اهدایی تحت حمایت درمی آیند.													
	نوع خدمت <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)													
	ماهیت خدمت <input type="checkbox"/> حاکمیتی <input checked="" type="checkbox"/> تصدی گری													
	سطح خدمت <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهری <input checked="" type="checkbox"/> روستایی													
	رویداد مرتبط با: <input checked="" type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> ایات <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 type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص													
	<input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...													
	مدارک لازم برای انجام خدمت فرم های کشوری													
	قوانین و مقررات بالادستی دستورالعمل کشوری													
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان خدمت گیرندگان در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال												
متوسط مدت زمان ارائه خدمت: ۹ ماه														
تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در <input type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال														
تعدادبار مراجعه حضوری														
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان <table border="1"> <tr> <td>مبلغ (مبالغ)</td> <td>شماره حساب (های) بانکی</td> <td>پرداخت بصورت الکترونیک</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک												
		<input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/>												
۶- نحوه دسترسی به	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											

		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کو <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/>		در مرحله اطلاع رسانی خدمت		
<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> بود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> شهرستانی <input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی).... <input type="checkbox"/>		در مرحله درخواست خدمت		
<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه <input type="checkbox"/>	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> شهرستانی <input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی).....اتوماسیون اداری <input type="checkbox"/>		مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)		
		<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی				
		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کو <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/>		در مرحله ارائه خدمت		
<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه <input type="checkbox"/>	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> شهرستانی <input type="checkbox"/>			
استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دیگر		
	برخط online	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"/>				
۷	۱	نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه	فیلدهای مبلغ	استعلام الکترونیکی	اگر استعلام غیرالکترونیکی

است، استعلام توسط:	دسته‌ای دستیابی (Batch)	برخط online	(در صورت پرداخت هزینه)	موردتبادل	دیگر	
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				انجمن های علمی زنان و مامایی / جمعیت مامایی
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				سازمان نظام پزشکی
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				بیمه سلامت
						وزارتخانه
						مرکز بهداشت استان
						کمیته امداد استان
						مرکز بهداشت شهرستان
						کمیته امداد شهرستان
						مرکز خدمات جامع سلامت
						پایگاه سلامت/خانه بهداشت
						وزارتخانه
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت						
گروه بهبودتغذیه جامعه		پست الکترونیک ostan1390@yah : oo.com		تلفن ۳۴۴۸۸۶۴		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: زهره کیانی