

سبسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

<p>۱- عنوان خدمت:</p> <p>بررسی و تایید درخواست های از کار افتادگی و استعلاجی کارکنان دولت، دانشجویان دانشگاه ها و بررسی پرونده ی افراد متقاضی استخدامی تایید نشده از طب کار و تمدید پاسپورت اتباع خارجی با توجه به نوع بیماری</p>		<p>۲- شناسه خدمت</p> <p>(این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان/معاونت درمان</p>		<p>۳- ارائه دهنده خدمت</p> <p>نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	
<p>شرح خدمت</p> <p>بررسی و تایید درخواست های از کار افتادگی با توجه به گواهی سه پزشک متخصص مربوطه و مدارک پزشکی. (فرزندان کارکنان دولتی جهت تمدید دفترچه بیمه) -استعلاجی کارکنان دولت و دانشجویان دانشگاه ها طبق مستندات و مدارک پزشکی و گواهی پزشک معالج -بررسی پرونده ی افراد متقاضی استخدامی تایید نشده از طب کار، معرفی به پزشک مربوطه جهت بررسی و تایید یا عدم تایید نوع بیماری - تمدید پاسپورت اتباع خارجی با توجه به نوع بیماری و مدارک و مستندات پزشکی</p>		<p>نوع خدمت</p> <p><input 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)</p>	
<p>ماهیت خدمت</p> <p><input type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری</p>		<p>سطح خدمت</p> <p><input 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 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 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 type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...</p>	
<p>مدارک لازم برای انجام خدمت</p> <p>مراجعه حضوری به معاونت درمان همراه با مدارک و مستندات لازم جهت تشکیل پرونده، دریافت شناسه و پرداخت هزینه ی تشکیل پرونده</p>		<p>قوانین و مقررات بالادستی</p> <p>دستورالعمل ها و آیین نامه های وزارتی شورای پزشکی و تعیین سیاست های رسیدگی به ارباب رجوع</p>	
<p>آمار تعداد خدمت گیرندگان</p> <p>۵۰۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال</p>		<p>متوسط مدت زمان ارائه خدمت:</p> <p>سه هفته پس از دریافت درخواست های واصله مطابق با قوانین و مقررات موضوعه</p>	
<p>تواتر (برگزاری جلسات بررسی)</p> <p><input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> سه بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال</p>		<p>تعدادبار مراجعه حضوری</p> <p>یک بار یا بیشتر</p>	
<p>هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان</p> <p>مبلغ (مبالغ)</p> <p>شماره حساب (های) بانکی</p> <p>پرداخت بصورت الکترونیک</p>		<p>هزینه ویزیت متخصص با تعرفه دولتی</p> <p>دستگاه پوز (شماره حساب بانکی شناسه دار شورای عالی پزشکی وزارت بهداشت)</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن ندارد</p>		<p>۵- جزئیات خدمت</p>	
<p>نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:</p> <p>بخشی از آن بصورت جواب نهایی از طریق اتوماسیون اداری ارسال میگردد.</p>		<p>۶- نحوه دسترسی به خدمت</p>	

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 type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input checked="" type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input checked="" type="checkbox"/> سایر (باذکر نحوه دسترسی)
			<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: <input checked="" type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> ذکر ضرورت مراجعه حضوری </div> </div> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
در مرحله درخواست خدمت			<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input checked="" type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input checked="" type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <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 checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> ذکر ضرورت مراجعه حضوری </div> </div> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)			<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (باذکر نحوه دسترسی)
			<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری
در مرحله ارائه خدمت			<input type="checkbox"/> الکترونیکی	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input checked="" type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input checked="" type="checkbox"/> سایر (باذکر نحوه دسترسی) / پاسخگویی تلفنی
			<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> ذکر ضرورت مراجعه حضوری </div> </div> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای	نام سامانه های دیگر		فیلدهای مورد تبادل	استعلام الکترونیکی
	-	-		استعلام غیر الکترونیکی
-	-		برخط online	استعلام دستی (Batch)
-	-			شهرستانی

استعلام الکترونیکی		استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	۸- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر	
اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:	دستهای (Batch)	online	برخط						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		برای دریافت شناسه واریز، مراحل ۱ تا ۴ را انجام دهید	-	https://daramad.behdasht.gov.ir	<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"/>
<p>معرفی متقاضی از دستگاه مربوطه بصورت مکتوب ارسالی در اتوماسیون اداری به معاونت درمان.</p> <p>مراجعه حضوری، اخذ مدارک مورد نیاز درخواست از کار افتادگی و استعلاجی، تشکیل پرونده پزشکی.</p> <p>ارسال جواب نهایی درخواست از کار افتادگی و استعلاجی به صورت نامه اداری به دستگاه مربوطه</p>									
<p>۹- عناوین فرایندهای خدمت</p>									
<p>۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت</p>									
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:		پست الکترونیک:		تلفن:		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:			
واحد مربوطه:						خانم دکتر احمدی: مسوول شورای پزشکی معاونت درمان			
شورای پزشکی معاونت درمان				داخلی: ۲۹۹ و ۲۵۳		خانم مریم بهرامی: دبیر شورای پزشکی معاونت درمان			