

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: راه اندازی کلینیک های سطح ۳و۲ دیابت		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان/معاونت درمان			
نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی			
شرح خدمت راه اندازی کلینیک های سطح ۳و۲ دیابت بر اساس نیاز شهرستان ها، بیمارستان ها و درمانگاه ها در طول سال		نوع خدمت <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> شهری <input checked="" type="checkbox"/> استانی	
سطح خدمت ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> تولد <input checked="" 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	
رویداد مرتبط با: سیاسات شهری <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> رک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر	
نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		<input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص	
مدارک لازم برای انجام خدمت مکاتبه رسمی بیمارستان / درمانگاه جهت راه اندازی کلینیک دیابت سطح ۳و۲		دستور العمل ها و آیین نامه های وزارتی و درون سازمانی مرتبط	
آمار تعداد خدمت گیرندگان متوسط مدت زمان ارایه خدمت: تواتر تعدادبار مراجعه حضوری		خدمت گیرندگان در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال میانگین زمان راه اندازی کلینیک با توجه به ایجاد شرایط لازم توسط مرکز درمانی درخواست دهنده و تایید توسط معاونت درمان متفاوت می باشد. <input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک	
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: -----			
مرحل خدمت		نوع ارائه	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت <input checked="" 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"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input checked="" type="checkbox"/> ارسال پستی <input checked="" type="checkbox"/> سایر (اتوماسیون اداری)		<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>	
مراجعه به دستگاه: ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی <input type="checkbox"/>		ذکر ضرورت مراجعه حضوری	

۳- ارائه دهنده خدمت

۴- مشخصات خدمت

۵- جزئیات خدمت

۶- نحوه دسترسی به خدمت

		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واکذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input checked="" type="checkbox"/> سایر (اتوماسیون اداری)		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		در مرحله درخواست خدمت			
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: جهت احراز فضای فیزیکی و تجهیزات موردنیاز		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی			
		<input checked="" 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)		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه با ارتباط با دیگر دستگاه ها)			
		جهت استعلام از سوابق بانکهای اطلاعاتی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی			
		<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 پیام کوتاه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واکذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (باذکر نحوه دسترسی)		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		در مرحله ارائه خدمت			
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<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: نیاز به وجود سامانه مربوطه		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی			
استعلام الکترونیکی <input type="checkbox"/> استعلام غیر الکترونیکی		استعلام الکترونیکی برخط online دسته‌ای (Batch)		فیلدهای موردتبادل		نام سامانه های دیگر		۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه	
						rda.behdasht.gov.ir			
اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:		استعلام الکترونیکی برخط online دسته‌ای (Batch)		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)		نام سامانه های دستگاه دیگر		نام دستگاه دیگر	
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
								۸- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر	

<input type="checkbox"/> دستگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده							
							۹- معاونین فرایندهای خدمت
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							
واحد مربوط: اداره امور بیماری ها/معاونت درمان	پست الکترونیک: Bimari_khas@mui.ac.ir		تلفن: ۳۶۶۱۹۶۶۴	۲۴۱	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مریم جنیدی / کارشناس دیابت معاونت درمان خانم دکتر اله ایزدی خواه: مسئول بیمار های غیرواگیر خانم دکتر مظاهری: رئیس اداره بیماری ها		
				۲۴۱			
				۲۱۰			