



فرم شناسنامه خدمت بنیاد شهید و امور ایثارگران

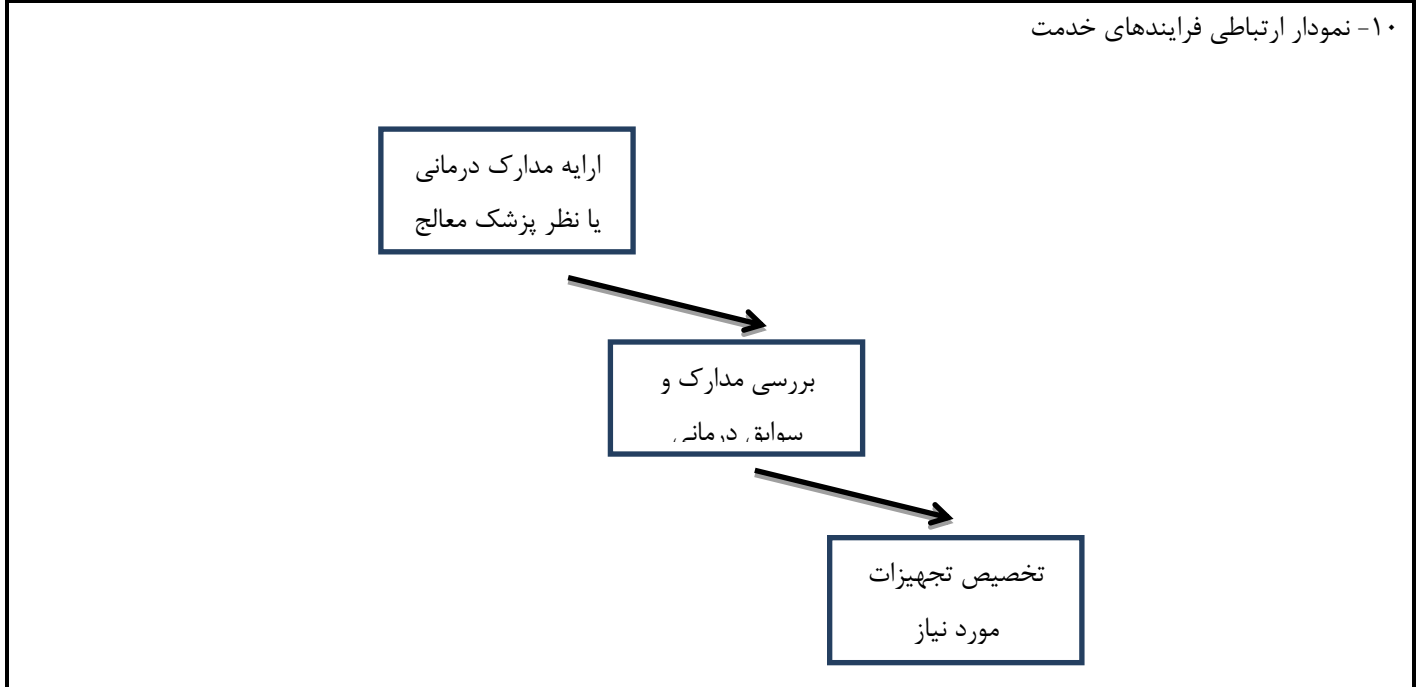
کد شناسه فرم: IDS-010107

۱- عنوان خدمت: تهیه و توزیع تجهیزات پزشکی و توانبخشی		۲- شناسه خدمت:	
		(این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه دهنده	نام دستگاه اجرایی: معاونت بهداشت و درمان (اداره کل درمان)		
	نام دستگاه مادر: بنیاد شهید و امور ایثارگران		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		
	تهیه و تحویل تجهیزات پزشکی و توانبخشی به ایثارگران		
	نوع خدمت		
	<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G۲C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G۲B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G۲G)		
	تمام ایثارگران تحت پوشش بنیاد شهید مانند: جانبازان قطع نخاع و اندام، شیمیایی، تخلیه چشم، کاهش شنوایی، والدین شهید و ...		
	ماهیت خدمت <input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری		
	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"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input checked="" 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		
	نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		
	مدارک لازم برای انجام خدمت نظر پزشک معالج - مدارک بالینی - موعده دوره تخصیص		
قوانین و مقررات بالادستی قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران (سامانه قوانین و مقررات)			
۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان ۲۵۰,۰۰۰ نفر در: <input checked="" type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل		
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت: براساس نیاز ایثارگر و فرارسیدن موعده تخصیص حدود ۴۸ ساعت		
	تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> یک بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال		
	تعدادبار مراجعه حضوری یک بار		
	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک		
۶- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن http://www.isaar.ir		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:		
	مراحل خدمت در مرحله اطلاع رسانی خدمت		
	نوع ارائه <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input checked="" type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		

مراجعه به دستگاه: ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی <input checked="" 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: <input type="checkbox"/>		ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	
		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 کوتاه <input checked="" type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله درخواست خدمت
مراجعه به دستگاه: ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی <input checked="" type="checkbox"/>		جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>		ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	
		اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترانتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> الکترونیکی	مرحله تولید خدمت (فراواند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)
				ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	
		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 کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله ارائه خدمت
مراجعه به دستگاه: ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی <input checked="" type="checkbox"/>		جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: برای اخذ دارو از داروخانه بصورت حضوری و در موارد خاص بدون حضور و خدمت درب منزل ارائه میشود. تجهیزات معمولاً درب منزل تحویل داده میشود.		ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	
استعلام غیر الکترونیکی		فیلدهای موردتبادل		نام سامانه های دیگر		۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی)
استعلام الکترونیکی				سیستم سجایا		
برخط online						
دستی (Batch)						
استعلام غیر الکترونیکی		استعلام الکترونیکی		نام سامانه های دستگاه دیگر		۸- ارتبا
اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:		مبلغ (در صورت)		فیلدهای موردتبادل		

			پرداخت (هزینه)			
	دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعیهکننده <input type="checkbox"/>	دستهای (Batch) <input type="checkbox"/>	برخط معالیه <input type="checkbox"/>			

عناوین فرایندهای	۱-ارایه مدارک درمانی یا نظر پزشک معالج
	۲-بررسی مدارک و سوابق درمانی
	۳-تخصیص تجهیزات مورد نیاز



ردیف	مراحل انجام کار	مدت انتظار برای انجام کار
۱	بررسی مدارک درمانی یا نظر پزشک معالج یا فرا رسیدن موعد تخصیص	۲۰-۱۰ دقیقه
۲	بررسی مدارک و سوابق درمانی	۲۰ دقیقه
۳	تخصیص تجهیزات مورد نیاز (صدور معرفی نامه)	۱۰ دقیقه
۴	تحويل در محل سکونت (براساس موجودی انبار و بازار)	۲۴-۴۸ ساعت

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	تلفن: ۸۸۳۱۳۲۱۹	پست الکترونیک:	واحد مربوط:	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر علی خوبیاریان
		معاونت بهداشت و درمان (اداره کل درمان)		

گروه سیستم ها و روش ها نام و نام خانوادگی: حمیدرضا عبدی	رئیس مرکز نوسازی و تحول اداری نام و نام خانوادگی: محمود پاکدل	نماینده حوزه مربوطه نام و نام خانوادگی: دکتر علی خوبیاریان	مدیر کل محترم حوزه مربوطه نام و نام خانوادگی: دکتر ایرج عربی	معاون محترم حوزه مربوطه نام و نام خانوادگی: دکتر عبدالرضا عباسپور
---	---	--	--	---