دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی

**بسمه تعالی**

# فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

| | |
|---|---|
| ۱- عنوان خدمت: دریافت شیر مصنوعی | ۲- شناسه خدمت<br>( این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.) |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۳- ارائه دهنده خدمت | نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت ، درمان وآموزش پزشکی | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۴- مشخصات خدمت | شرح خدمت | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | نوع خدمت | ■ خدمت به شهروندان (G2C)<br>□ خدمت به کسب و کار(G2B)<br>□ خدمت به دیگردستگاه های دولتی(G2G) | | | | | | | | | | | | | | | | نوع مخاطبین: مادران باردار روستایی وحاشیه شهر |
| | ماهیت خدمت | □ حمایتی | | | | | | | | | | | | | | | | تصدی گری |
| | سطح خدمت | □ ملی | | | □ منطقه ای | | | | □ استانی | | | | ■ شهری | | | | | ■ روستایی |
| | رویداد مرتبط با: | □ تولد | □ آموزش | | ■ سلامت | | □ ازدواج | | □ کسب و کار | | □ تامین اجتماعی | | □ مالکیت | | | | | |
| | | □ سیاست شهری | | | □ بیمه | | □ بازنشستگی | | □ مالک و گواهینامه‌ها | | □ وفات | | □ سایر | | | | | |
| | نحوه آغاز خدمت | ■ تقاضای گیرنده خدمت | | | | | □ رسیدن زمانی مشخص | | | | | | رخداد رویدادی مشخص | | | | | |
| | | □ تشخیص دستگاه | | | | | سال □ ... | | | | | | | | | | | |
| | مدارک لازم برای انجام خدمت | مدارک شخصی ،کارت رشد | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | قوانین و مقررات بالادستی | دستورالعمل وزارتی برنامه دریافت شیر مصنوعی | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۵- جزییات خدمت | آمار تعداد خدمت گیرندگان | ۱۳۵۹خدمت گیرندگان در: ماه ■ فصل □ سال □ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | متوسط مدت زمان ارایه خدمت: | ۲۰ دقیقه برای هر فرد | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | تواتر | یکبار برای همیشه یکبار بار در: ماه فصل سال □ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | تعدادبار مراجعه حضوری | حداقل ۳ بار | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | هزینه ارایه خدمت(ریال) به خدمت گیرندگان | مبلغ(مبالغ) | | | | | شماره حساب (های) بانکی | | | | | | | | | | | پرداخت بصورت الکترونیک |
| | | ندارد | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| | | ... | | | | | | | | | | | | | | | | □ |
| ۶- نحوه دسترسی به خدمت | آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | www.sib.nkums.ac.ir | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | □ الکترونیکی | □ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) □ تلفن همراه (برنامه کاربردی)<br>□ پست الکترونیک □ ارسال پستی<br>□ تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه<br>□ سایر(شبکه های اجتماعی) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ■ غیرالکترونیکی | ذکر ضرورت مراجعه حضوری | □ نیاز احراز اصالت فرد<br>□ نیاز احراز اصالت مدرک<br>■ فاقد زیرساخت ارتباطی مناسب<br>□ سایر: | | | | | | | | | | | | | | مراجعه به دستگاه:<br>□ ملی<br>□ استانی<br>■ شهرستانی |

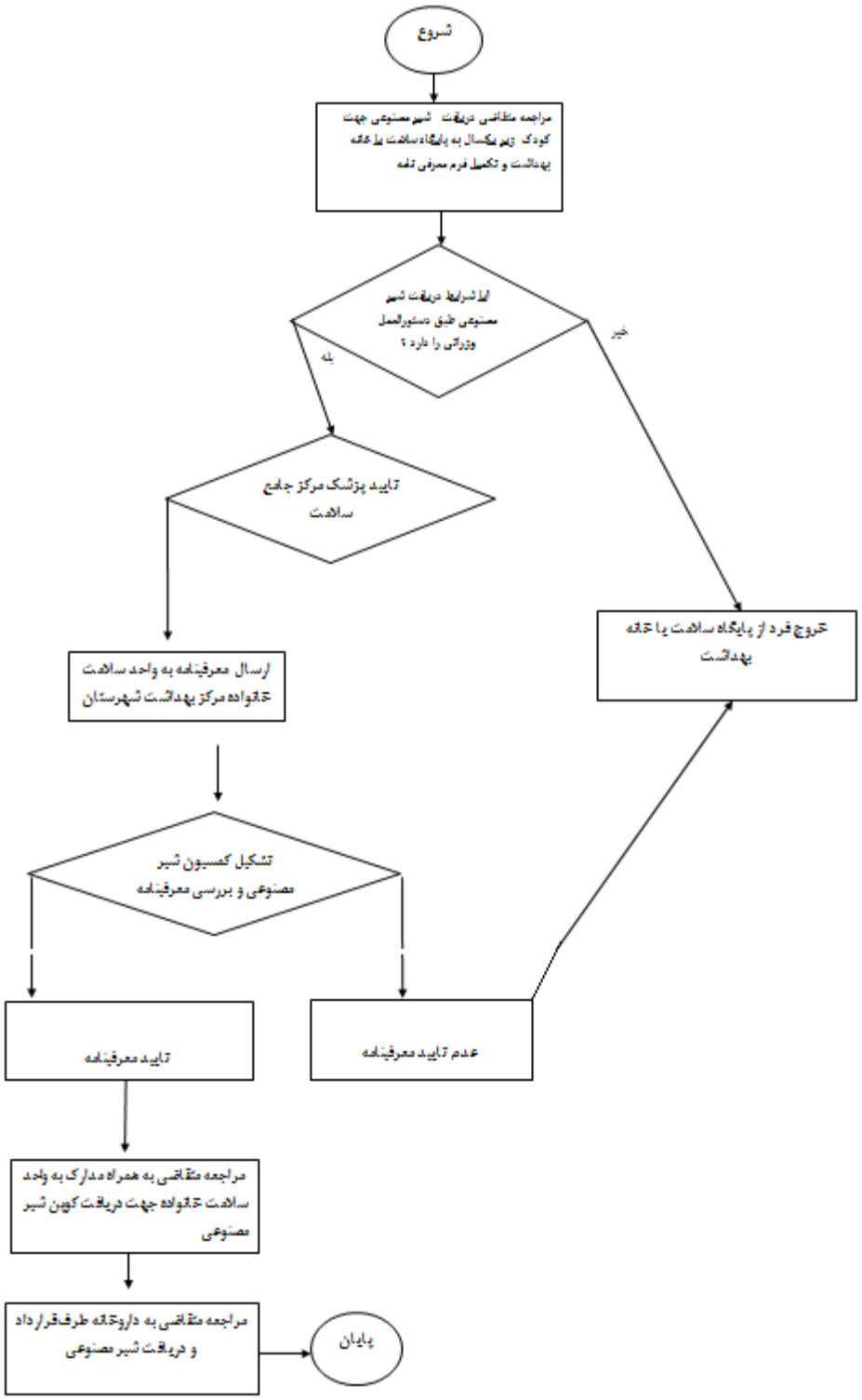
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | در مرحله درخواست خدمت | ☐کترونیکی | اینتر☐ی (مانند وبگاه دستگاه) تلفن☐همراه (برنامه کاربردی)<br>پس☐الکترونیک ارس☐ پستی<br>تلفن☐گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه ☐<br>دفا☐پیشخوان<br>شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان:<br>عناو☐ مشابه دفاتر پیشخوان<br>سای☐سامانه ارزیابی عملکرد) | |
| | | ■غیرالکترونیکی | ذکر ضرورت مراجعه حضوری | ■ت احراز اصالت فرد<br>■ت احراز اصالت مدرک<br>☐د زیرساخت ارتباطی مناسب<br>☐یر: بررسی سلامت وواجد شرایط بودن دریافت سبد<br>مراجعه به دستگاه:<br>☐ی<br>☐تانی<br>■هرستانی |
| | مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها ) | ■کترونیکی | اینتر■ی<br>پس☐الکترونیک<br>اینتر☐تی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یاERP )<br>سای☐اذکرنحوه دسترسی) | |
| | | ☐یرالکترونیکی | ذکر ضرورت مراجعه حضوری | |
| | درمرحله ارائه خدمت | ☐لکترونیکی | اینتر☐تی (مانند وبگاه دستگاه) تلفن☐همراه (برنامه کاربردی)<br>پس☐الکترونیک ارس☐ پستی<br>تلفن☐گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه ☐<br>دفا☐پیشخوان<br>شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان:<br>عناو☐ مشابه دفاتر پیشخوان<br>سای☐اذکرنحوه دسترسی) | |
| | | ■غیرالکترونیکی | ذکر ضرورت مراجعه حضوری | ■ت احراز اصالت فرد<br>■ت احراز اصالت مدرک<br>☐د زیرساخت ارتباطی مناسب<br>☐یر: تحویل سبد غذایی<br>مراجعه به دستگاه:<br>☐ی<br>☐تانی<br>■هرستانی |

| ۷- ارتباط خدمت باسایرسامان ها (بانکهای اطلاعاتی) دردستگاه | نام سامانه های دیگر | فیلدهای موردتبادل | استعلام الکترونیکی: برخط online | استعلام الکترونیکی: دسته‌ای (Batch) | استعلام غیر الکترونیکی |
|---|---|---|---|---|---|
| | پورتال بنیاد علوی | | ■ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | ☐ | ☐ |

| ۸-ارتباط خدمت باسایر دستگاههای دیگر | نام دستگاه دیگر | نام سامانه های دستگاه دیگر | فیلدهای موردتبادل | مبلغ (درصورت پرداخت هزینه) | استعلام الکترونیکی: برخط online | استعلام الکترونیکی: دسته‌ای (Batch) | اگراستعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | بنیاد علوی | پورتال بنیاد علوی | ثبت اطلاعات مادران باردار واجد شرایط دریافت سبد | – | ☐ | ☐ | ■ دستگاه<br>☐راجعه کننده |
| | | | | | ☐ | ☐ | ☐دستگاه<br>☐راجعه کننده |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | ☐ دستگاه<br>☐ مراجعه کننده |

| | |
|---|---|
| ۹- عناوین فرایندهای خدمت | ۱-مراجعه فرد به پایگاه و تکمیل پرونده الکترونیک توسط مراقب سلامت یا بهورز |
| | ۲-ارجاع به مامای توسط مراقب سلامت یا بهورز |
| | ۳-ارسال لیست مادران مورد تایید مامای مرکز به مرکز بهداشت شهرستان |
| | ۴-بررسی لیست وثبت اسامی مادارن باردار مورد تأیید در پورتال بنیاد علوی |
| | ۵- فراخوان مادران باردار وتوزیع سبد غذایی |




| | | | |
|---|---|---|---|
| نام ونام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مریم دادجو | تلفن: ۳۲۲۲۲۹۲۳ | پست الکترونیک: | واحدمربوط: بهداشت خانواده |