

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: غربالگری و تشخیص افراد دارای اختلال طیف اتیسم		۲- شناسه خدمت: ۱۶۰۴۱۰۵۶۱۰۱ (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود).	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: سازمان بهزیستی کشور / معاونت توانبخشی / دفتر امور توانبخشی روزانه و توانپزشکی		
	نام دستگاه مادر: وزارت تعاون و رفاه اجتماعی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت این خدمت به منظور غربالگری اختلالات طیف اتیسم در کودکان ۲ تا ۵ ساله و تشخیص و مداخله در این اختلالات پیش بینی شده است. آزمون غربالگری از طریق بروشورهای آموزشی در اختیار خانواده ها قرار گرفته و در صورت وجود علائم مثبت، آزمون تشخیصی اجرا و در صورت قطعی شدن وجود اختلال در کودک، نسبت به تدوین برنامه مداخله ای در مرکز روزانه غیردولتی و در منزل برای کودک اقدام خواهد شد.		
	نوع خدمت		نوع مخاطبین کودکان ۲ تا ۵ سال برای غربالگری و افراد دارای اختلالات طیف اتیسم
	ماهیت خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان G2C <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار G2B <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه دولتی G2G
	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 checked="" type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> اشتغال <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت
	نحوه آغاز خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> انجام یک رویداد مشخص <input type="checkbox"/> سایر:.....
	مدارک لازم برای انجام خدمت		مدارک شناسایی جهت غربالگری گواهی کمیسیون تشخیص معلولیت (جهت مداخله) معرفی نامه بهزیستی شهرستان (جهت مداخله)
	قوانین و مقررات مربوط		اصل ۴۴ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۵۸): واگذاری خدمات به بخش خصوصی ماده ۳ و ۷ ماده ۷ قانون حمایت از حقوق معلولان دستورالعمل تخصصی
	۵- جزئیات خدمت		آمار تعداد خدمت گیرندگان (روز-ماه-سال) ۲۳۰۰۰ نفر
	مدت زمان ارائه خدمت:		غربال و تشخیص: یک روز مداخله: حداقل ۴ ماه
تواتر		یکبار برای همیشه ۲۰ بار در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال	
تعداد بار مراجعه حضوری		روزانه	
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ شماره حساب(های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/>	
غربال: فعلا رایگان بخش مشارکت خانواده مستقیما توسط		بخش مشارکت خانواده مستقیما توسط	

			...	
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن				
WWW.behzisti.ir				
رسانه ارتباطی خدمت		نوع ارائه	مراحل خدمت	نحوه دسترسی به خدمت
<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	در مرحله اطلاع رسانی خدمت	
<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری		
<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد و اگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	در مرحله درخواست خدمت	
<input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری		
<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد و اگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	در مرحله درخواست خدمت	
<input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدارک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی ذکر ضرورت مراجعه حضوری		

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<p>۱- عنوان فرایندهای خدمت</p>						
<p>۱- در دسترس قرار دادن بروشورهای آگاهسازی و آزمون غربالگری توسط بهزیستی استان و شهرستان</p>						
<p>۲- اجرای آزمون مصاحبه پیگیری برای کودکانی که در آزمون غربالگری دارای امتیاز لازم گردیده اند توسط مرکز غیردولتی آموزشی توانبخشی اختلالات طیف اتیسم</p>						
<p>۳- اجرای آزمون تشخیصی برای کودکانی که در مصاحبه پیگیری دارای امتیاز لازم گردیده اند توسط مرکز غیردولتی آموزشی توانبخشی اختلالات طیف اتیسم</p>						
<p>۴- طرح پرونده فرد در کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت توسط بهزیستی استان و شهرستان</p>						
<p>۵- طرح پرونده در کمیته توانبخشی و تعیین خدمات قابل ارائه توسط بهزیستی استان و شهرستان</p>						
<p>۶- معرفی فرد به مرکز توانبخشی غیردولتی روزانه مرتبط توسط بهزیستی استان و شهرستان</p>						
<p>۷- ارائه خدمات مداخله ای مرکز محور و خانواده محور به کودکان دارای اختلالات طیف اتیسم توسط مرکز غیردولتی آموزشی توانبخشی اختلالات طیف اتیسم</p>						

در دسترس قرار دادن بروشورهای آگاهسازی و آزمون غربالگری توسط
بهبودی استان و شهرستان



اجرای آزمون مصاحبه پیگیری برای کودکانی که در آزمون غربالگری دارای امتیاز لازم گردیده
اند توسط مرکز غیردولتی آموزشی توانبخشی اختلالات طیف اتیسم



طرح پرونده در کمیته توانبخشی و تعیین خدمات اجرای آزمون تشخیصی برای کودکانی که در
مصاحبه پیگیری دارای امتیاز لازم گردیده اند توسط مرکز غیردولتی آموزشی توانبخشی اختلالات
طیف اتیسم



طرح پرونده فرد در کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت توسط بهبودی استان
و شهرستان تعیین شدت معلولیت توسط بهبودی استان و



معرفی فرد به مرکز توانبخشی غیردولتی روزانه مرتبط توسط
بهبودی استان و شهرستان



ارائه خدمات مداخله ای مرکز محور و خانواده محور به کودکان دارای اختلالات
طیف اتیسم توسط مرکز غیردولتی آموزشی توانبخشی اختلالات طیف اتیسم

واحد مربوط:	پست الکترونیک:	تلفن:	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:
-------------	----------------	-------	-------------------------------------