

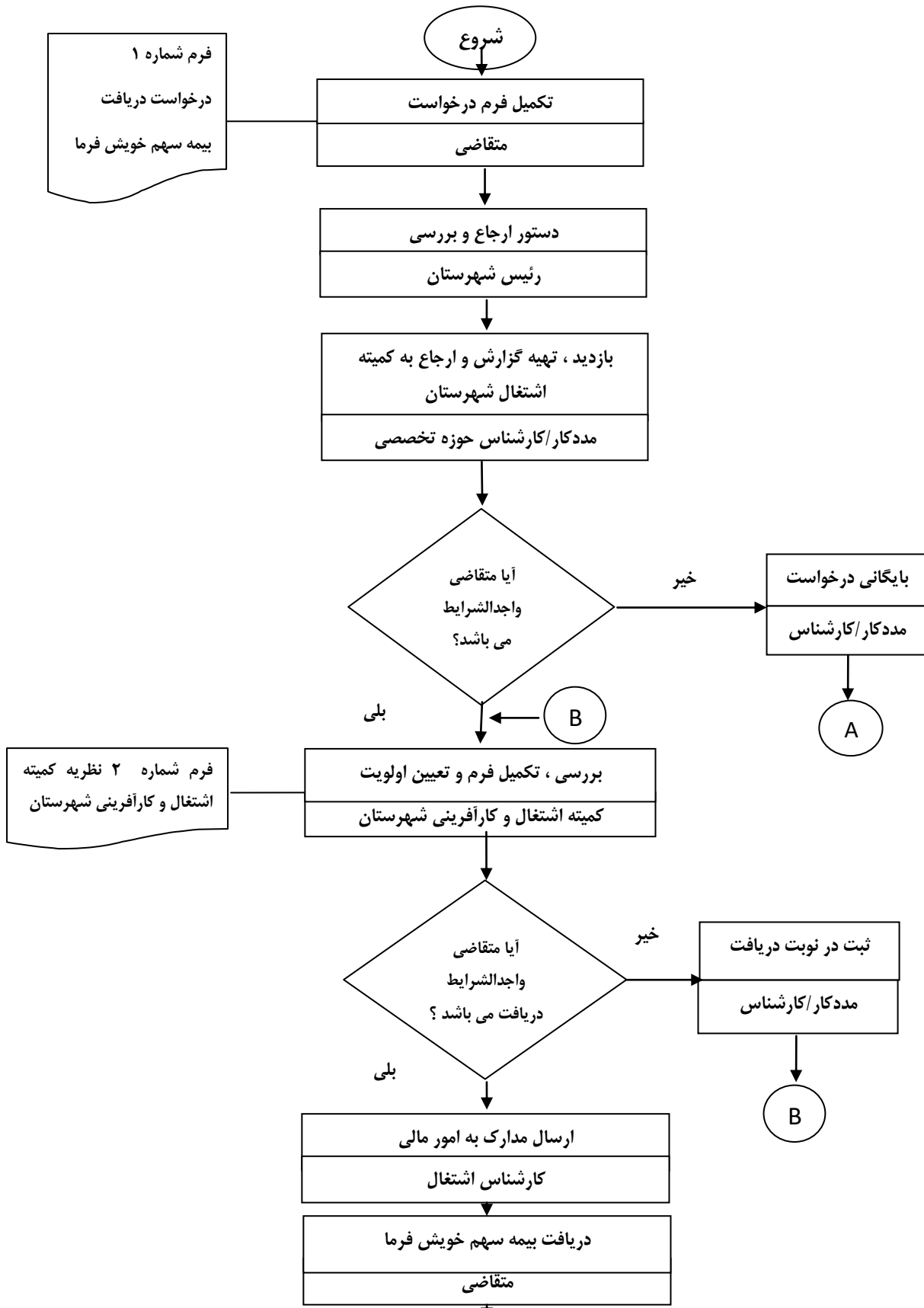
فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: پرداخت بیمه سهم خویش فرمای افراد تحت پوشش		۲- شناسه خدمت: ۱۹۰۱۱۰۶۰۱۰۳	
(این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)			
۳- ارائه کننده خدمت	نام دستگاه اجرایی: سازمان بهزیستی کشور - دبیرخانه اشتغال و کارآفرینی		
	نام دستگاه مادر: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		
	مبلغی است که سازمان بهزیستی کشور مطابق با وظایف خود به منظور تسهیلگری و تثبیت اشتغال مددجوی تحت پوشش این سازمان حداکثر به میزان ۲۳ درصد حداقل مزد تعیین شده کارگر مشمول قانون کار در آن سال و به مدت پنج سال، مطابق دستورالعمل مربوطه به مددجوی خوداشتغال مذکور پرداخت می نماید		
	نوع خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G۲C) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G۲B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G۲G)	
	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 checked="" type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> اشتغال <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	
	نحوه آغاز خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...	
	مدارک لازم برای انجام خدمت	مدارک شناسایی و هویتی جامعه هدف - تکمیل فرمهای مربوط به دستورالعمل بیمه سهم خویش فرما - اسناد مالی مربوط به پرداخت سهم بیمه به تامین اجتماعی	
	قوانین و مقررات بالادستی	- قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی - مواد ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی - قانون حمایت از معلولین	
	آمار تعداد خدمت گیرندگان سال ۹۷	خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> برابر با ۱۶۹۵۴ نفر می باشد.	
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت:	در صورت وجود منابع اعتباری یک ماه	
	تواتر	<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال	
تعداد بار مراجعه حضوری	ابار جهت تحویل مدارک و مستندات مالی		
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک
	-----	-----	<input type="checkbox"/>
	-----	-----	<input type="checkbox"/>
۵- نحوه دسترسی به خدمت	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:		
مراحل خدمت	نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت	

	در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input 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"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)				
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری <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:			
	در مرحله درخواست خدمت	<input 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"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد و اگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)				
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری <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:			
	مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)				
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری بازپرداخت بیمه سهم خویش فرما به متقاضی			
	در مرحله پیگیری خدمت	<input 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"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد و اگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)				
		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<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: امور مالی بهزیستی استان			
۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه (با ذکر نام سامانه یا بانک اطلاعاتی)	نام سامانه های دیگر	فیلدهای مورد تبادل		استعلام غیر الکترونیکی	استعلام	
		برخط online	استعلام الکترونیکی			
			دستهای (Batch)			

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:		تلفن:	پست الکترونیک:	واحد مربوط:					
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت: فلوجارت پرداخت بیمه سهم خویش فرما.									
۹- عناوین فرایندهای خدمت									
پرداخت بیمه سهم خویش فرما									
۸- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی) در دستگاههای دیگر (با ذکر نام سامانه یا بانک اطلاعاتی)	نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه دیگر	فیلدهای موردتبادل	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	استعلام الکترونیکی		اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:		
					برخط online	دستی (Batch)	<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"/>

فلوجارت پرداخت بیمه سهم خویش فرما



ثبت در بانک های اطلاعاتی جامعه هدف

کارشناس /مددکار شهرستان

