

بسمه تعالی

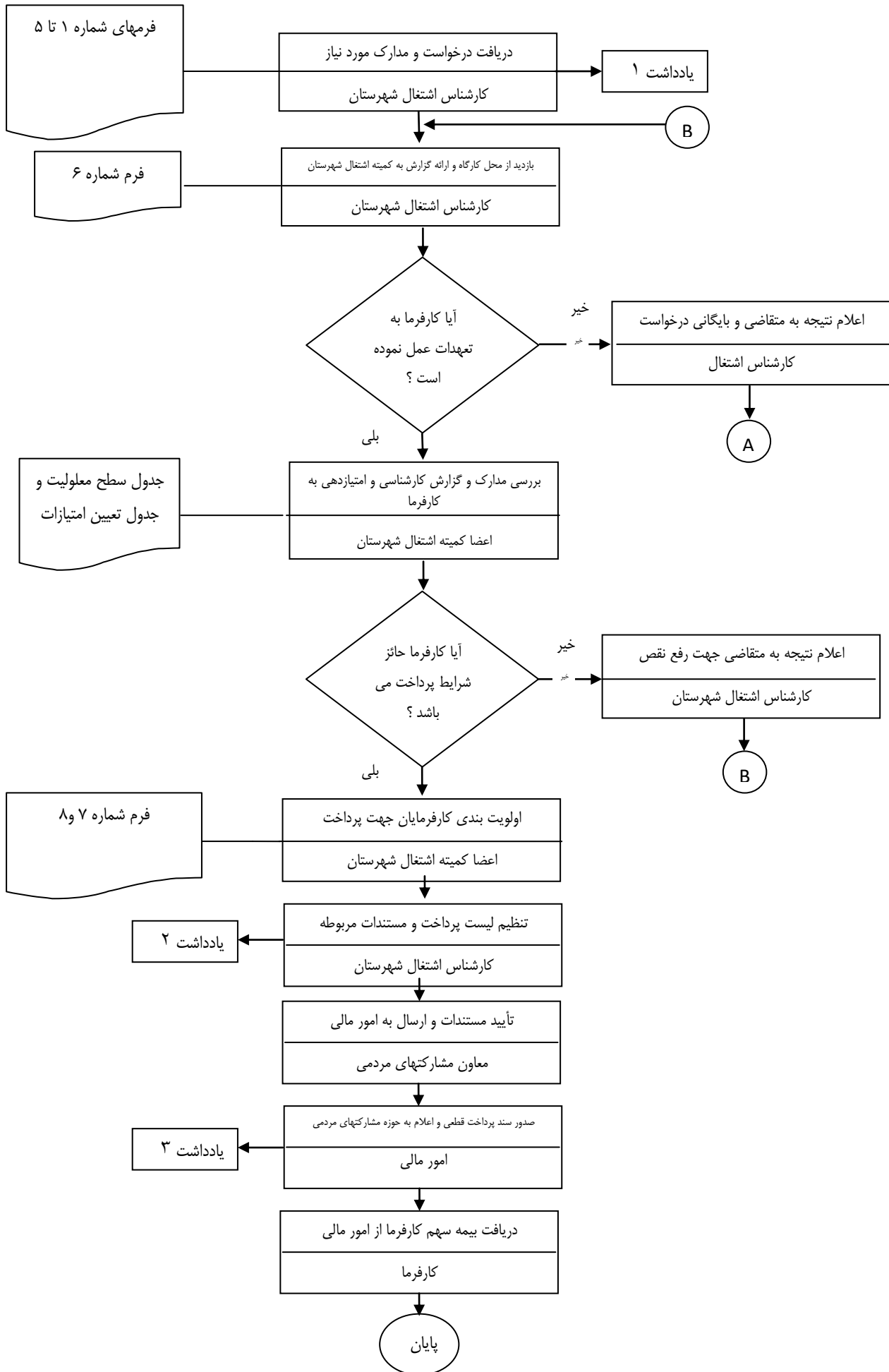
فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: ارائه بسته های تشویقی به کارفرمایان برای اشتغال معلولین		۲- شناسه خدمت ۱۹۰۱۱۰۶۰۱۰۴	
نیازمندان تحت پوشش		(این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه دهند خدمت	نام دستگاه اجرایی: سازمان بهزیستی کشور - دبیر خانه اشتغال و کارآفرینی		
	نام دستگاه مادر: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		
	<p>پرداخت یارانه ارتقاء کارآیی معلولان شاغل در بخش غیر دولتی</p> <p>مبلغی است که سازمان بهزیستی کشور مطابق با وظایف خود و اجرای قانون جامع حمایت از حقوق معلولان به منظور تسهیلگری و تثبیت اشتغال فرد معلول تحت پوشش این سازمان به میزان ده تا پنجاه درصد حداقل مزد تعیین شده کارگر مشمول قانون کار در هر سال و به مدت پنج سال مطابق دستورالعمل مربوطه به کارفرمایان بخش خصوصی در قبال به کارگیری مددجوی معلول مذکور با در نظر گرفتن نوع و شدت معلولیت پرداخت می نماید.</p> <p>پرداخت بیمه سهم کارفرما مبلغی است که سازمان بهزیستی کشور مطابق با وظایف خود و اجرای قانون جامع حمایت از حقوق معلولان 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 کارفرمای بخش خصوصی در قبال به کارگیری مددجوی مذکور، پرداخت می نماید</p>		
	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 type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی		
	رویداد مرتبط با:		
	<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input checked="" type="checkbox"/> اشتغال <input type="checkbox"/> تثبت 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 type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ... <b>فراخوان کارفرمایان</b>			
مدارک لازم برای انجام خدمت			
<p>پرداخت یارانه ارتقاء کارآیی معلولان مدارک شناسایی و هویتی فرد - تکمیل فرمهای مربوط به دستورالعمل - اسناد مالی پرداخت بیمه سهم کارفرما مدارک شناسایی و هویتی کارفرما - تکمیل فرمهای مربوط به دستورالعمل - اسناد مالی مربوط به پرداخت سهم بیمه به تامین اجتماعی</p> <p>قانون جامع حمایت از حقوق معلولین - قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی - مواد ۲۹ و ۲۱ قانون اساسی</p>			
قوانین و مقررات بالادستی			
۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان		
	سال ۹۷ خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> پرداخت یارانه ارتقاء کارآیی معلولان = ۹۷۸ نفر بیمه سهم کارفرما = ۶۸۹۵ نفر		
	متوسط مدت زمان ارایه خدمت:		
	در صورت وجود منابع اعتباری یک ماه <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		
	تواتر		
تعداد بار مراجعه حضوری			
ابار جهت تحویل مدارک و مستندات مالی مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک			
هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
۶- نحوه	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن		

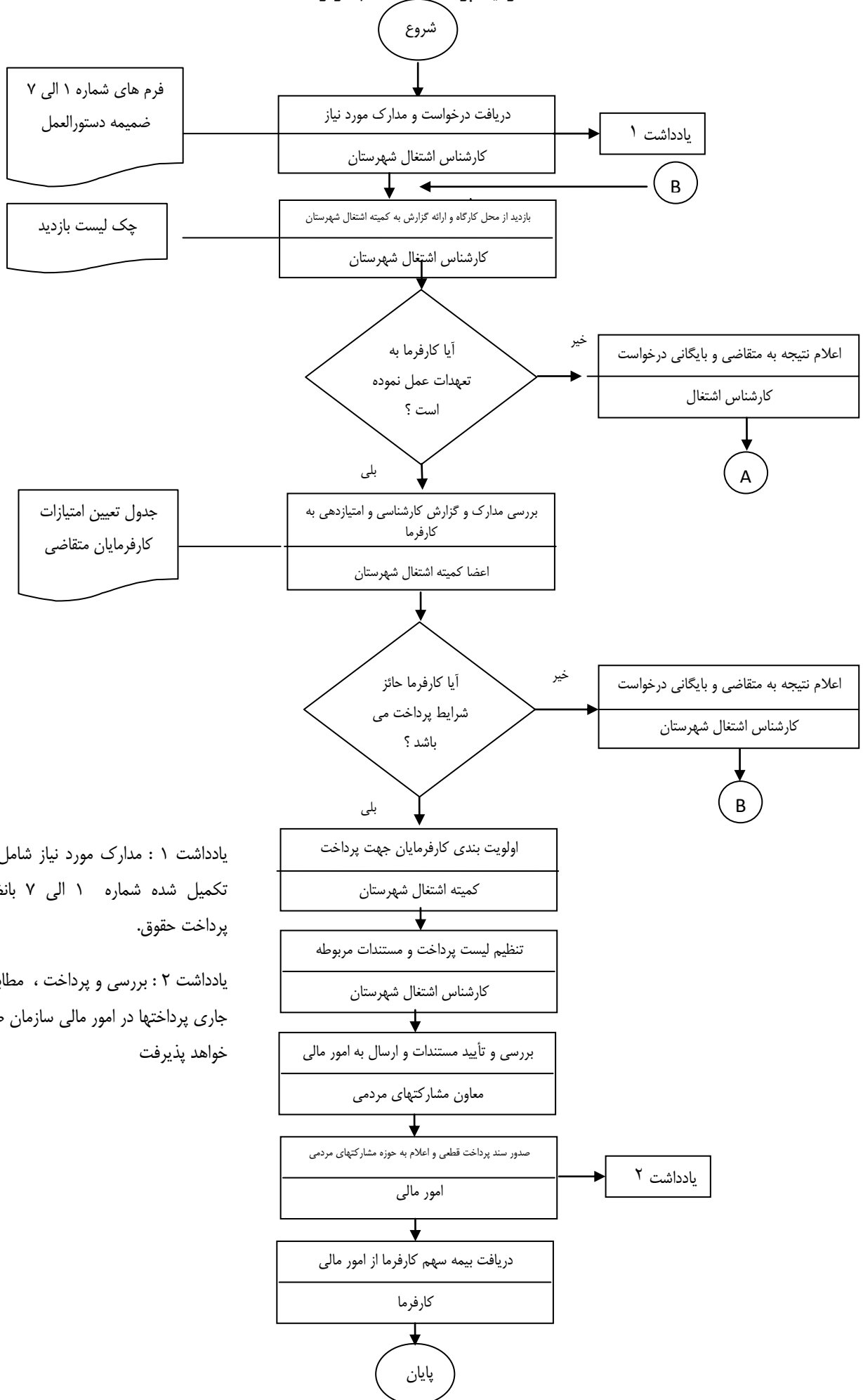


<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
اگر استعمال غیرالکترونیکی است، استعمال توسط:		استعمال الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای موردتبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	۸-ارتباط خدمت به سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی) در دستگاههای دیگر (با ذکر نام سامانه یا بانک اطلاعاتی)	
		برخط online	دسته ای Batch)						
<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"/>						
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<b>پرداخت یارانه ارتقاء کارآیی معلولان شاغل در بخش غیر دولتی - پرداخت بیمه سهم کارفرما</b>								۹- عناوین فرایندهای خدمت	
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت									
<b>فلوچارت پرداخت یارانه ارتقاء کارآیی معلولان شاغل در بخش غیر دولتی و بیمه سهم کارفرما ضمیمه میباشد</b>									
واحد مربوط:			پست الکترونیک:		تلفن:		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:		

## فلوجارت پرداخت یارانه ارتقاء کارآیی معلولان شاغل در بخش غیر دولتی



## فرآیند پرداخت بیمه سهم کارفرما



یادداشت ۱: مدارک مورد نیاز شامل: فرم های تکمیل شده شماره ۱ الی ۷ بانضمام لیست پرداخت حقوق.

یادداشت ۲: بررسی و پرداخت، مطابق روند جاری پرداختها در امور مالی سازمان صورت خواهد پذیرفت

