

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: ارائه خدمات اقامتی اجتماع درمان مدار اعتیاد (TC)		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)		
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: سازمان بهزیستی کشور			
	نام دستگاه مادر: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی			
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت مراکز اجتماع درمان مدار (Therapeutic Community) مرکزی است با برنامه ساختاریافته که به صورت روزانه یا شبانه روزی (اقامتی) خدمات ارائه می دهد. رویکرد مرکز بر تغییر رفتاری و شناختی شامل: برنامه های خدمات روان شناختی، مشاوره، آموزش خانواده، تشکیل گروه های خودیار، خدمات مددکاری اجتماعی و پیگیری پس از ترخیص است. در این الگو، فرد پس از درمان وابستگی جسمی در مرکز پذیرش می شود تا با کمک تیم درمان (پزشک، روان شناس و مددکار) در دوره اقامت سه تا شش ماه، مهارت های روانی- اجتماعی وی تقویت گردند			
	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)			
	ماهیت خدمت <input type="checkbox"/> حاکمیتی <input checked="" 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 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 صرف مراجعه و درخواست درمان اعتیاد که منجر به استفاده از خدمت می شود			
	قوانین و مقررات بالادستی - قوانین و مقررات عمومی سازمان بهزیستی - ماده ۲۶ آئین نامه قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت - ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر - دستورالعمل نحوه هزینه، نظارت و پرداخت یارانه درمان معتادان مراکز غیردولتی تحت نظارت سازمان بهزیستی در ۱۳۸۹ - دستورالعمل تاسیس و راه اندازی مراکز اجتماع درمان مدار "اقامتی" و "غیراقامتی" (روزانه)			
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان خدمت گیرندگان در: حدود بین ۴۰۰۰ تا ۴۵۰۰ نفر در سال <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال		
		متوسط مدت زمان ارایه خدمت: <input type="checkbox"/> یک تا سه ماه		
تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال				
تعداد بار مراجعه حضوری <input type="checkbox"/> از یک بار تا بیشتر				
هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) طبق تعرفه سال ۹۸ مبلغ ۱۱۶۰۰۰۰۰ ریال در ماه پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

سازمان بهزیستی استان ها مراکز درمان اعتیاد مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی پایگاه اینترنتی "اجتماع درمان مدار" (www.tc-iran.ir) تماس با خط ملی اعتیاد		
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:		
رسانه ارتباطی خدمت	نوع ارائه	مراحل خدمت
<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله اطلاع رسانی خدمت
از طریق تبلیغات 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 checked="" type="checkbox"/> سایر:	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی
<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	<input type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله درخواست خدمت
نوع خدمت الزام به مراجعه حضوری دارد	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 checked="" type="checkbox"/> سایر:	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	<input type="checkbox"/> الکترونیکی	مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)
نوع خدمت ، الزام به مراجعه حضوری دارد	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	<input type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله پیگیری خدمت
<input 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:	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی

استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی		فیلدهای موردتبادل				نام سامانه های دیگر		۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه (با ذکر نام سامانه یا بانک اطلاعاتی)
	برخط	دستهای (Batch)	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای موردتبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	۸- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی) در دستگاههای دیگر (با ذکر نام سامانه یا بانک اطلاعاتی)		
<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"/>	<input type="checkbox"/>							
اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:			استعلام الکترونیکی	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای موردتبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	۸- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی) در دستگاههای دیگر (با ذکر نام سامانه یا بانک اطلاعاتی)	
			برخط						
			دستهای (Batch)						
			online						
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"/>	<input type="checkbox"/>					
۹- عناوین فرایندهای خدمت									
۱- مراجعه به سازمان بهزیستی یا مرکز اجتماع درمان مدار									
۲- ارزیابی وضعیت توسط تیم درمان									
۳- تکمیل پرونده و پذیرش									
۴- دریافت خدمت و پیگیری									
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت									
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">دریافت خدمت و پیگیری</div> <div style="font-size: 2em;">←</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">تکمیل پرونده و پذیرش</div> <div style="font-size: 2em;">←</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">ارزیابی وضعیت توسط تیم درمان</div> <div style="font-size: 2em;">←</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">مراجعه به سازمان بهزیستی یا مرکز اجتماع درمان مدار</div> </div>									
واحد مربوط: معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد			پست الکترونیک: mariet_gh@yahoo.co.uk		تلفن: ۶۶۷۳۷۴۳۴		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: ماریت قازاریان		