

## فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

۲- شناسه خدمت: ۱۹۰۴۲۷۱۱۱۰۰ (این فیلد توسط سازمان اداری استخدامی کشور تکمیل می شود)	۱- عنوان خدمت: پرداخت حق بیمه های اجتماعی نیازمندان-زیر خدمت(پرداخت حق بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند)
نام دستگاه اجرایی: کمیته امداد امام خمینی (ره)	
نام دستگاه مادر: نهاد کمیته امداد امام خمینی (ره)	
پرداخت حق بیمه های اجتماعی نیازمندان	شرح خدمت
مددجویان زنان سرپرست خانوار مددجویان دارای طرحهای اشتغال و خودکفایی	نوع 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 های دولتی (G2G)
تصدی گری <input checked="" type="checkbox"/>	حاکمیتی <input type="checkbox"/>
ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/>	سطح خدمت
تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input checked="" type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/>	رویداد مرتبط با:
تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> رک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	نحوه آغاز خدمت
تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/>	مدارک لازم برای انجام خدمت
درخواست متقاضی احراز شرایط از طرف امداد معرفی به شعب بیمه	قوانین و مقررات بالادستی
الزامات بیمه های اجتماعی مرکز و قوانین جاری سازمان تامین اجتماعی کشور	آمار تعداد خدمت گیرندگان
در: ..... ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	متوسط مدت زمان ارائه خدمت: یکماه بعد از تکمیل مدارک
یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>	تواتر
۲ بار	تعدادبار مراجعه حضوری
مبلغ(مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک	هزینه ارائه خدمت(ریال) به خدمت گیرندگان
*	...
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن <a href="https://soha.emdad.ir/">https://soha.emdad.ir/</a>	
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: سامانه امداد هوشمند	
مراحل خدمت	نوع ارائه
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/>
رسانه ارتباطی خدمت	غیرالکترونیکی <input type="checkbox"/>
تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر(باذکر نحوه دسترسی) <input checked="" type="checkbox"/> مراجعه حضوری <input type="checkbox"/>	اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> پست الکترونیک <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: <input type="checkbox"/>	دگر ضرورت مراجعه حضوری
مراجعه به دستگاه: ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی <input checked="" type="checkbox"/>	در مرحله اطلاع رسانی خدمت



