

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: صدور ابلاغیه سنوات ارفاقی مشترکین صندوق ۲- شناسه خدمت: ۱۹۰۲۱۹۵۳۰۰۰ (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)		نام دستگاه اجرایی: صندوق بازنشستگی کشوری	
نام دستگاه مادر: وزارت تعاون ، کار و رفاه اجتماعی		نام دستگاه اجرایی: صندوق بازنشستگی کشوری	
شرح خدمت تصویب از کارافتادگی ، فوت به سبب انجام وظیفه ، سنوات ارفاقی جانبازان و معلولین		نوع خدمت <input type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)	
نوع مخاطبین فرزندان شهدای شاغل در دستگاه اجرایی جانبازان و معلولین موضوع قانون نحوه بازنشستگی جانبازان انقلاب اسلامی ایران و جنگ تحمیلی و معلولین عادی شاغلین مشاغل سخت و زیان آور مصوب ۱۳۶۷/۹/۱ شاغلین کسور پرداز صندوق بازنشستگی کشوری			
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 type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input 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 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: ...			
مدارک لازم برای انجام خدمت مدارک طبق پیوست های بخشنامه های شماره ۲۰۴/۹۱/۳۷۱۶۳ مورخ ۱۳۹۱/۰۹/۲۱ و ۲۰۴/۹۱/۳۷۴۲۱ مورخ ۱۳۹۱/۰۹/۲۵ و سایر قوانین از جمله : ۱. اصل فرم تکمیل شده مربوط (توسط دستگاه) همراه با تکمیل درخواست بازنشستگی مندرج در قسمت اخیر فرم (توسط متقاضی) ۲. اصل گواهی بنیاد شهید و امور ایثارگران برای جانبازان مبنی بر درصد جانبازی (مربوط به سالی که پیشنهاد ارسال می گردد) ۳. اصل گواهی شورای پزشکی مستقر در سازمان بهزیستی کشور برای معلولین مبنی بر تعیین درصد معلولیت (مربوط به سالی که پیشنهاد ارسال می گردد) ۴. اصل تاییدیه بنیاد شهید و امور ایثارگران مبنی بر شهادت یکی از والدین متقاضی		۴- مشخصات خدمت	
قوانین و مقررات بالادستی ۱. مواد ۷۹ و ۸۰ و ۸۳ قانون استخدام کشوری (صرفاً مشترکین صندوق بازنشستگی کشوری) ۲. بخشنامه شماره ۲۰۴/۹۱/۳۷۱۶۳ مورخ ۱۳۹۱/۰۹/۲۱ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور ۳. بخشنامه شماره ۲۰۴/۹۱/۳۷۴۲۱ مورخ ۱۳۹۱/۰۹/۲۵ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور ۴. قانون نحوه بازنشستگی جانبازان انقلاب اسلامی ایران و جنگ تحمیلی و معلولین عادی و شاغلین مشاغل سخت و زیان آور مصوب ۱۳۶۷/۰۹/۰۱ و اصلاحات بعدی آن ۵. بند ز ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه ج.ا.ا (فرزندان شهداء) ۶. بند الف ماده ۴۴ قانون برنامه پنجم توسعه ج.ا.ا (فرزندان شهداء)			
خدمت گیرندگان در: ۲۲۷۴ <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال		آمار تعداد خدمت گیرندگان متوسط مدت زمان ارایه خدمت:	
بر اساس تعداد پروندهای جاری مورد بررسی و تکمیل بودن مدارک حداقل ۳۰ روز کاری		۵	

ساعات ارائه خدمت: شنبه تا چهارشنبه ۸ تا ۱۶		ساعات مراجعه متقاضی: شنبه تا چهارشنبه ۸ تا ۱۶	
تواتر یکبار برای همیشه <input checked="" type="checkbox"/> یکبار بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		تعداد بار مراجعه حضوری ندارد	
هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ)	
پرداخت بصورت الکترونیک		شماره حساب (های) بانکی	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		...	
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:			
مرحل خدمت		نوع ارائه	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	
<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<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"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> ارسال پستی		<input type="checkbox"/> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
<input type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: ارائه دستور العمل به دستگاههای اجرایی و ارسال فایل تغییرات بیمه شدگان به صندوق	
<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> ارسال پستی		<input type="checkbox"/> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
<input type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: لزوم تشکیل کمیته و بررسی پرونده های واصله	
<input type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
<input type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<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"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> ارسال پستی		<input type="checkbox"/> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
<input type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<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:	

۱. ثبت مدارک دریافت شده از دستگاه اجرایی

۲. بررسی مدارک در خصوص تکمیل بودن مدارک و مکاتبه در صورت وجود نقایص

۳. طرح در کمیته

۴. ابلاغ مصوبات کمیته به دستگاه اجرایی محل خدمت

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