

## فرم معرفی خدمت

<b>شناسه خدمت / زیر خدمت: 16042573100</b>	<b>عنوان خدمت / زیر خدمت: غربالگری گروههای سنی</b>		
نوع خدمت: خدمت به شهروندان (G2C) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه‌های دولتی (G2G) <input type="checkbox"/>			
<b>شرح خدمت: غربالگری گروههای سنی جهت دریافت خدمات مرتبط با سن و وضعیت (بارداری)</b>			
نحوه دسترسی به درخواست خدمت: حضوری در میز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> حضوری با مراجعه به واحدهای داخلی <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> نیمه الکترونیکی (ترکیبی از حضوری و الکترونیکی) <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/>			
نحوه دسترسی به دریافت خدمت: حضوری در میز خدمت <input type="checkbox"/> حضوری با مراجعه به واحدهای داخلی <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> نیمه الکترونیکی (ترکیبی از حضوری و الکترونیکی) <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/>			
مدت زمان ارائه خدمت (در صورت عدم ایجاد وقفه از جانب متقاضی):			
دریافت خدمت	پیگیری خدمت	درخواست خدمت	ارائه خدمت
یکربع	یکربع	نیم ساعت	ساعت
تمامی روزهای کاری هفته	تمامی روزهای کاری هفته	تمامی روزهای کاری هفته	روزهای هفته

## فرم معرفی خدمت

مکان	مراکز خدمات جامع سلامت	مراکز خدمات جامع سلامت	مراکز خدمات جامع سلامت
نحوه	حضور ، تلفنی	تلفنی	حضور
متوسط مدت زمان ارائه خدمت	1ساعت		

### توضیحات:

مدارک و مستندات مورد نیاز جهت درخواست و دریافت خدمت:

- ارائه هرگونه فرم و مدارک مورد نیاز جهت درخواست خدمت مورد نظر
- ارائه مدارک و مستندات لازم از خدمات ارائه شده از طریق تلفن گویا، مرکز تماس، تلفن همراه، اپلیکیشن موبایل، پیام کوتاه، پیام رسان های داخلی و خارجی، کدهای USSD و.....

مبلغ (ریال) و موضوع پرداخت	نحوه ی پرداخت/ شماره حساب بانکی	هزینه(های) ارائه خدمت گیرندگان
رایگان	رایگان	

**توضیحات: خدمات براساس دستورالعمهاها برای گروههای سنی رایگان می باشد**

### فرم معرفی خدمت

شماره تماس مستقیم: <b>مراکز خدمات جامع سلامت ، پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت</b>	نام و نام خانوادگی کارشناس ارائه دهنده خدمت: <b>مراقبین سلامت و مراقبین سلامت - ماما - پزشکان</b>
شماره سامانه پیامکی:	شماره تلفن گویا:
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وب سایت:	
نام و آدرس سامانه(های) مرتبط با خدمت: <b>سامانه سیب</b>	
کد پیگیری با عنوان خدمت مورد نظر ارائه می گردد <input checked="" type="checkbox"/> ارائه نمی گردد <input type="checkbox"/> * * *لطفاً کلیه مستندات و مدارک لازم ارائه گردد.	
آدرس پست الکترونیک:	
لینک اپلیکیشن موبایل:	

## فرم معرفی خدمت

<p>آیا این خدمت به دفاتر پیشخوان دولت واگذار شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>آدرس دفاتر پیشخوان: تلفن دفاتر پیشخوان: نام کارشناس مربوطه در دانشگاه: * * *لطفاً کلیه مستندات و مدارک لازم ارائه گردد.</p>
<p>آیا از کدهای USSD در خصوص درخواست و ارائه خدمت استفاده می شود؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>سرشماره: * * *لطفاً کلیه مستندات و مدارک لازم ارائه گردد.</p>
<p>آیا از پیام رسان های داخلی، خارجی، شبکه های مجازی و ... در خصوص درخواست و ارائه خدمت استفاده می شود؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>عنوان شبکه های مجازی و پیام رسان ها: پیام رسان بلی</p>
<p>رویه ای ارائه شده شکایات و پیگیری به چه صورت است؟ بعد از دریافت خدمت و ورود اطلاعات در سامانه سیب پیامی از وزارت بهداشت به گیرنده خدمت مبنی بر نحوه رضایت از ارائه دهنده خدمت ارسال می گردد</p>