

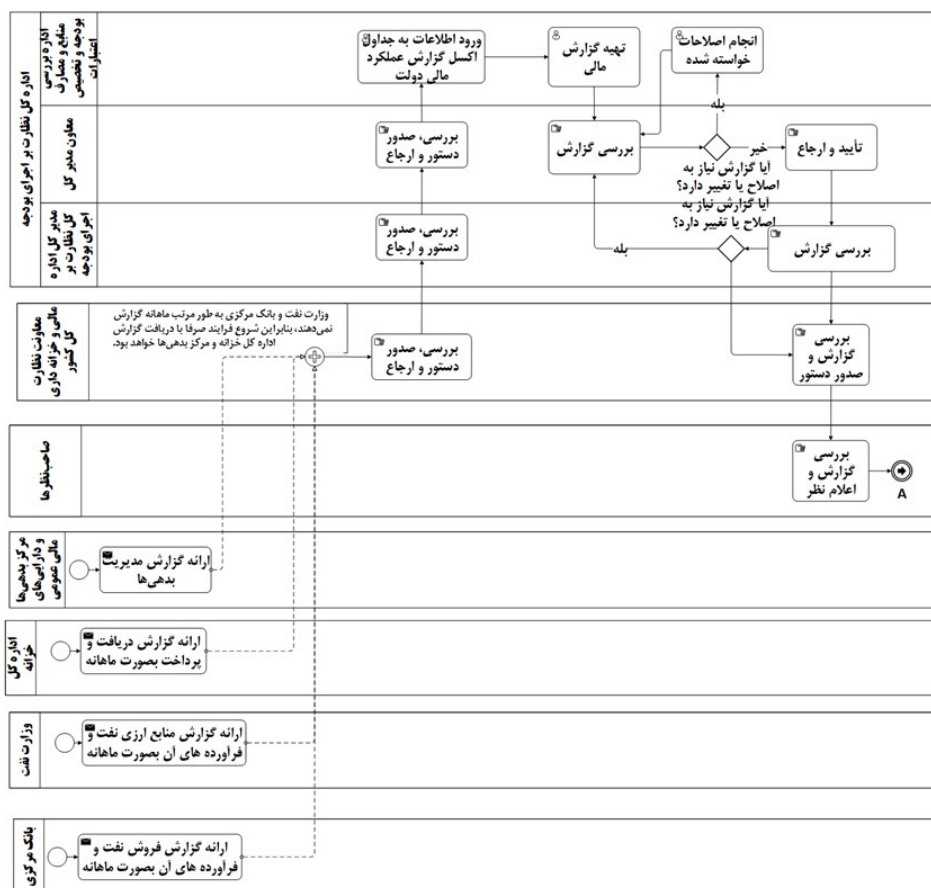
## خدمت دستگاه اجرایی

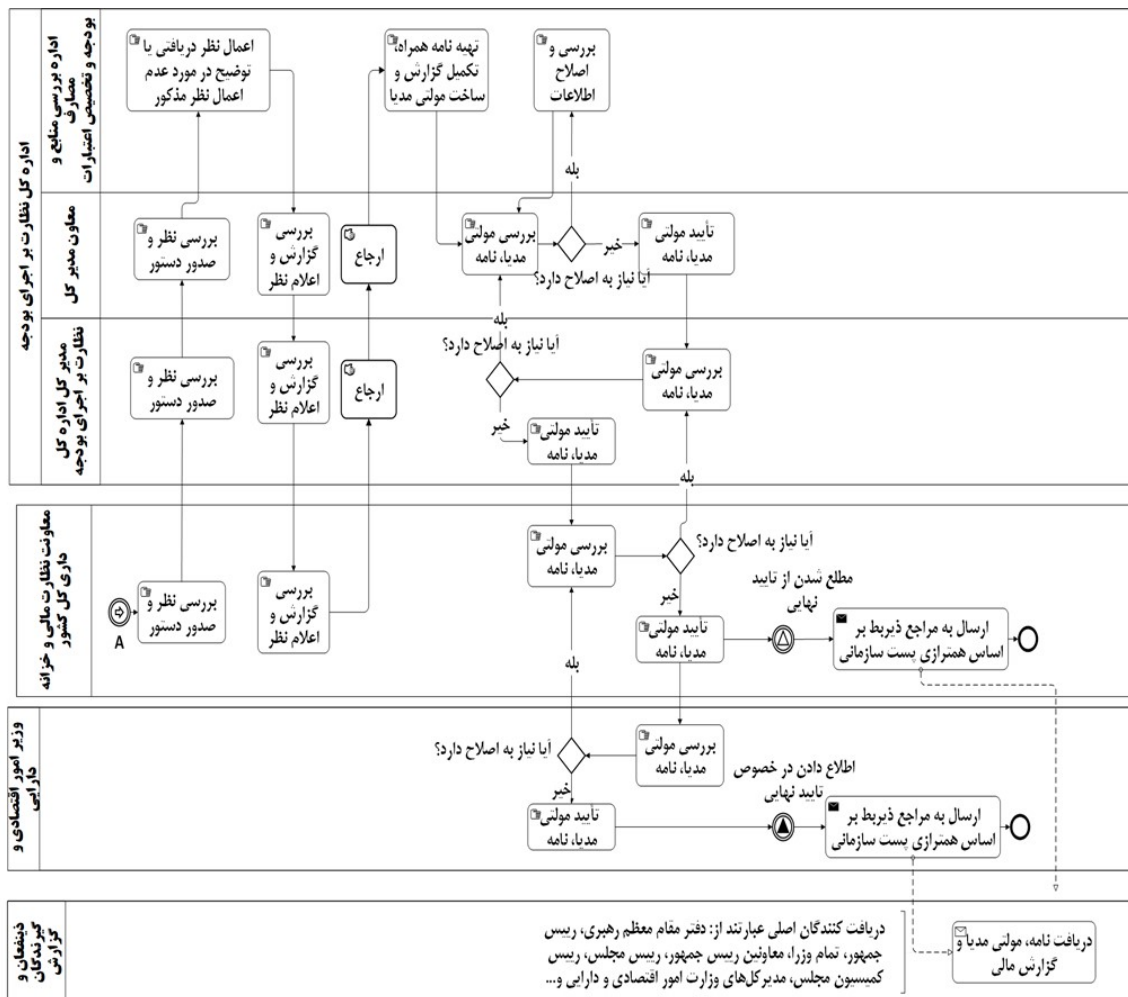
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1- عنوان خدمت: ارائه گزارش عملکرد مالی دولت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2- شناسه خدمت: 10011145100                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| 3- ارائه دهنده خدمت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | نام دستگاه اجرایی: اداره کل نظارت بر اجرای بودجه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | نام دستگاه مادر: وزارت امور اقتصادی و دارایی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| 4- مشخصات خدمت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | شرح خدمت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | بر اساس گزارش ماهانه دریافت و پرداخت خزانه و گزارش مدیریت بدهی ها و نیز گزارش منابع ارزی نفت و فرآورده های آن و گزارش فروش نفت و فرآورده های آن، گزارش مالی که نشان دهنده وضعیت مالی کشور است، تهیه شده و برای مراجع ذیصلاح ارسال می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | نوع خدمت<br><input type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C)<br><input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B)<br><input checked="" type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ماهیت خدمت<br><input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی<br><input type="checkbox"/> تصدی گری                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | سطح خدمت<br><input checked="" type="checkbox"/> ملی<br><input type="checkbox"/> منطقه ای<br><input type="checkbox"/> استانی<br><input type="checkbox"/> شهری<br><input type="checkbox"/> روستایی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | رویداد مرتبط با:<br><input type="checkbox"/> تولد<br><input type="checkbox"/> آموزش<br><input type="checkbox"/> سلامت<br><input type="checkbox"/> مالیات<br><input type="checkbox"/> کسب و کار<br><input type="checkbox"/> تامین اجتماعی<br><input type="checkbox"/> ثبت مالکیت<br><input type="checkbox"/> تاسیسات شهری<br><input type="checkbox"/> بیمه<br><input type="checkbox"/> ازدواج<br><input type="checkbox"/> بازنشستگی<br><input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها<br><input type="checkbox"/> وفات<br><input checked="" type="checkbox"/> سایر                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | نحوه آغاز خدمت<br><input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت<br><input checked="" type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص<br><input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص<br><input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه<br><input type="checkbox"/> سایر: ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | مدارک لازم برای انجام خدمت<br>-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | قوانین و مقررات بالادستی<br>قانون بودجه سنواتی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | آمار تعداد خدمت گیرندگان<br>..... خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | متوسط مدت زمان ارایه خدمت:<br>تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه<br>--- بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5- جزییات خدمت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | تعداد بار مراجعه حضوری                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| هزینه ارایه خدمت (ریال) به<br>خدمت گیرندگان<br>مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| - - -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| 6- نحوه دسترسی به خدمت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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: سامانه سناپ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">مراحل خدمت</td> <td style="width: 33%;">نوع ارائه</td> <td style="width: 33%;">رسانه ارتباطی خدمت</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">در مرحله اطلاع رسانی خدمت</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی</td> <td rowspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه)<br/> <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی)<br/> <input type="checkbox"/> پست الکترونیک<br/> <input type="checkbox"/> ارسال پستی<br/> <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس<br/> <input type="checkbox"/> پیام کوتاه<br/> <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)                 </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">در مرحله اخذ مدارک</td> <td rowspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی                 </td> <td rowspan="2"> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد<br/> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک<br/> <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب<br/> <input type="checkbox"/> سایر:                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> مراجعه به دستگاه:<br/> <input type="checkbox"/> ملی<br/> <input type="checkbox"/> استانی<br/> <input type="checkbox"/> شهرستانی                 </td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | مراحل خدمت | نوع ارائه          | رسانه ارتباطی خدمت | در مرحله اطلاع رسانی خدمت                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه)<br><input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی)<br><input type="checkbox"/> پست الکترونیک<br><input type="checkbox"/> ارسال پستی<br><input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس<br><input type="checkbox"/> پیام کوتاه<br><input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) | <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی | در مرحله اخذ مدارک | <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی<br><input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی | <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد<br><input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک<br><input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب<br><input type="checkbox"/> سایر: | <input type="checkbox"/> مراجعه به دستگاه:<br><input type="checkbox"/> ملی<br><input type="checkbox"/> استانی<br><input type="checkbox"/> شهرستانی |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | مراحل خدمت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | نوع ارائه                                                                                                                                                                              | رسانه ارتباطی خدمت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | در مرحله اطلاع رسانی خدمت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه)<br><input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی)<br><input type="checkbox"/> پست الکترونیک<br><input type="checkbox"/> ارسال پستی<br><input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس<br><input type="checkbox"/> پیام کوتاه<br><input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| در مرحله اخذ مدارک                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی<br><input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد<br><input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک<br><input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب<br><input type="checkbox"/> سایر: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> مراجعه به دستگاه:<br><input type="checkbox"/> ملی<br><input type="checkbox"/> استانی<br><input type="checkbox"/> شهرستانی                                                                                                                                                                                                         |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">در مرحله اخذ مدارک</td> <td style="width: 33%;">نوع ارائه</td> <td style="width: 33%;">رسانه ارتباطی خدمت</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">در مرحله اخذ مدارک</td> <td rowspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی                 </td> <td rowspan="2"> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد<br/> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک<br/> <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب<br/> <input type="checkbox"/> سایر:                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> مراجعه به دستگاه:<br/> <input type="checkbox"/> ملی<br/> <input type="checkbox"/> استانی<br/> <input type="checkbox"/> شهرستانی                 </td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        | در مرحله اخذ مدارک                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | نوع ارائه  | رسانه ارتباطی خدمت | در مرحله اخذ مدارک | <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی<br><input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی | <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد<br><input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک<br><input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب<br><input type="checkbox"/> سایر: | <input type="checkbox"/> مراجعه به دستگاه:<br><input type="checkbox"/> ملی<br><input type="checkbox"/> استانی<br><input type="checkbox"/> شهرستانی                                                                                                                                                                                                         |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| در مرحله اخذ مدارک                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | نوع ارائه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | رسانه ارتباطی خدمت                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
| در مرحله اخذ مدارک                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی<br><input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد<br><input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک<br><input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب<br><input type="checkbox"/> سایر: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> مراجعه به دستگاه:<br><input type="checkbox"/> ملی<br><input type="checkbox"/> استانی<br><input type="checkbox"/> شهرستانی                                                                                                                                                                                                         |            |                    |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                        |                    |                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |

|                                                                  |                     |                    |                    |                        |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها<br>(بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه | نام سامانه های دیگر | فیلدهای مورد تبادل | استعلام الکترونیکی | استعلام غیر الکترونیکی | <div> <div>مرحله ارائه خدمت</div> <div> <input type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی </div> </div>              | <div> <div>مرحله تولید خدمت</div> <div> <div>(فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)</div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی </div> </div> </div> | <div> <div>مرحله درخواست خدمت</div> <div> <input type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی </div> </div>              |
|                                                                  |                     |                    |                    |                        | <div> <div>مرحله ارائه خدمت</div> <div> <div> <input type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی </div> </div> </div> | <div> <div>مرحله تولید خدمت</div> <div> <div> <input type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی </div> </div> </div>                                                             | <div> <div>مرحله درخواست خدمت</div> <div> <div> <input type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی </div> </div> </div> |
|                                                                  |                     |                    |                    |                        | <div> <div>مرحله ارائه خدمت</div> <div> <div> <input type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی </div> </div> </div> | <div> <div>مرحله تولید خدمت</div> <div> <div> <input type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی </div> </div> </div>                                                             | <div> <div>مرحله درخواست خدمت</div> <div> <div> <input type="checkbox"/> الکترونیکی<br/> <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی </div> </div> </div> |

| نام دستگاه دیگر                       | نام سامانه های دستگاه دیگر     | فیلدهای مورد تبادل | مبلغ (در صورت پرداخت هزینه) | استعلام الکترونیکی       |                          | اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:                            |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                                       |                                |                    |                             | برخط online              | دستای (Batch)            |                                                                          |
| 8- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر |                                | -                  | -                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دستگاه <input type="checkbox"/><br>مراجعه کننده <input type="checkbox"/> |
|                                       |                                | -                  | -                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دستگاه <input type="checkbox"/><br>مراجعه کننده <input type="checkbox"/> |
|                                       |                                | -                  | -                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دستگاه <input type="checkbox"/><br>مراجعه کننده <input type="checkbox"/> |
| 9- عنوان فرایندهای خدمت               | 1- تهیه گزارش عملکرد مالی دولت |                    |                             |                          |                          |                                                                          |
|                                       | 2-                             |                    |                             |                          |                          |                                                                          |
|                                       | 3-                             |                    |                             |                          |                          |                                                                          |
|                                       | ....                           |                    |                             |                          |                          |                                                                          |
|                                       |                                |                    |                             |                          |                          |                                                                          |

10- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت بسته کاری اول





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