

فرم شماره ۱

فرم درخواست موافقت اصولی تأسیس مراکز بهبودی اقامتی میان مدت مصرف کنندگان مواد

بسمه تعالی

اداره کل بهزیستی استان

احتراماً، بدینوسیله اعلام می‌گردد مؤسسه / تشکل / جمعیت با مشخصات ذیل:

نام مؤسسه یا تشکل / جمعیت شماره ثبت تاریخ تأسیس

..... نام سازمان اخذ مجوز مؤسسه

نام و نام خانوادگی مدیرعامل

آدرس و شماره تلفن دفتر مؤسسه یا تشکل، جمعیت

متقاضی موافقت اصولی جهت تأسیس مرکز بهبودی اقامتی میان مدت سوءمصرف کنندگان مواد در شهر/ بخش

..... از شهرستان می‌باشد.

سرکار خانم / جناب آقای را به نمایندگی از طرف خود جهت پیگیری و اخذ

موافقت اصولی معرفی می‌نماید. خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به صدور موافقت اصولی درخواستی اقدام گردد.

تاریخ

محل مهر و امضاء مدیر عامل و مهر مؤسسه / تشکل / جمعیت

فرم شماره ۲

فرم درخواست صدور و تمدید پروانه فعالیت (اجازه بهره‌برداری) مراکز بهبودی اقامتی میان مدت مصرف‌کنندگان مواد

بسمه تعالی

اداره کل بهزیستی استان

احتراماً، اینجانب مؤسسه / تشکل مؤسس مرکز واقع در (آدرس محل ذکر شود)

دارای

موافقت اصولی به شماره صادره از سازمان بهزیستی استان جهت ایجاد مرکز
..... ضمن معرفی مسئول موردنیاز مرکز با مشخصات ذیل:

نام و نام خانوادگی فرزند شماره شناسنامه صادره

از متولد مجرد متأهل

وضعیت تحصیلی: سیکل دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس

دکتری تخصص فوق تخصص در رشته

و با معرفی مرکز رابط با مشخصات ذیل:

نام مرکز رابط نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز رابط سال تأسیس

..... نام سازمان اخذ مجوز مرکز رابط نشانی و شماره تلفن مرکز رابط

و یا معرفی پزشک مستقر در مرکز بهبودی با مشخصات

نام و نام خانوادگی پزشک فرزند شماره شناسنامه صادره

از متولد مجرد متأهل

نشانی و شماره تلفن:

تقاضای صدور / تمدید پروانه فعالیت (اجازه بهره‌برداری) مرکز بهبودی اقامتی میان مدت مصرف‌کنندگان مواد را دارد.
خواهشمند است دستور اقدام صادر فرمایند.

تاریخ

محل مهر و امضاء مدیر عامل مؤسسه / تشکل / جمعیت

فرم شماره ۳

گزارش عملکرد سالانه مراکز بهبودی اقامتی میان مدت مصرف کنندگان مواد

سال

بسمه تعالی

استان: تاریخ صدور موافقت اصولی:

نام مرکز: تاریخ صدور پروانه فعالیت:

شهر محل مرکز: تاریخ تأسیس:

نام مؤسس: نام مسئول مرکز:

نشانی و شماره تلفن:

تعداد بازدیدهای انجام شده:

<input type="checkbox"/> وضعیت فیزیکی مرکز:	<input type="checkbox"/> بالاتر از استانداردهای تعیین شده	<input type="checkbox"/> مطابق استانداردها	<input type="checkbox"/> پایین تر از استانداردها
<input type="checkbox"/> وضعیت پرسنل:	<input type="checkbox"/> بالاتر از استانداردهای تعیین شده	<input type="checkbox"/> مطابق استانداردها	<input type="checkbox"/> پایین تر از استانداردها
<input type="checkbox"/> چگونگی ارائه خدمت:	<input type="checkbox"/> بالاتر از استانداردهای تعیین شده	<input type="checkbox"/> مطابق استانداردها	<input type="checkbox"/> پایین تر از استانداردها

تعداد شکایات مکتوب:

تخلفات:

.....

.....

نحوه برخورد با تخلفات:

.....

.....

آخرین وضعیت در رابطه با تخلفات:

.....

.....

نام و نام خانودگی کارشناس ناظر: امضاء تاریخ:

نام و نام خانودگی معاون پیشگیری استان: امضاء تاریخ:

نام و نام خانودگی مدیر کل بهزیستی استان: امضاء تاریخ:

فرم شماره ۴

فرم ارزیابی مراکز بهبودی اقامتی میان مدت مصرف کنندگان مواد

بسمه تعالی

استان: شهرستان: تاریخ بازدید:

نام مرکز:

نشانی مرکز:

نام مؤسس:

نام مسئول مرکز:

وضعیت فیزیکی ساختمان:

۱- آیا مشخصات تابلو مطابق با مفاد دستورالعمل می باشد؟ بلی خیر

توضیح:

۲- آیا بهره برداری از واحد ساختمانی مربوطه مطابق مفاد دستورالعمل است؟ بلی خیر

توضیح:

۳- آیا بهداشت و نظافت مرکز رعایت می شود؟ بلی خیر

توضیح:

۴- آیا مجوز بهره برداری مرکز در معرض دید مراجعان نصب شده است؟ بلی خیر

توضیح:

۵- آیا تعرفه ها به میزان ابلاغ شده در معرض دید مراجعان نصب شده است؟ بلی خیر

توضیح:

۶- آیا فهرست اسامی کارکنان آنان و ساعات کار مرکز در معرض دید مراجعان نصب شده است؟ بلی خیر

توضیح:

۷- آیا مرکز حداقل یک خط تلفن مستقل دارد؟ بلی خیر

توضیح:

وضعیت پرسنلی:

۸- آیا مسئول مرکز در زمان بازدید در مرکز حضور دارد؟ بلی خیر

توضیح:

۹- آیا نیروی انسانی مرکز مطابق دستورالعمل است؟ بلی خیر

توضیح:

وضعیت کیفیت خدمات:

۱۰- آیا هر مراجع دارای یک پرونده مستقل است؟ بلی خیر

توضیح:

۱۱- آیا فرم پذیرش در کلیه پرونده ها موجود است؟ بلی خیر

توضیح:

۱۲- آیا مشخصات افراد ارائه کننده خدمات و خدمات انجام شده در پرونده ها درج می شود؟ بلی خیر

توضیح:

۱۳- آیا الگوهای درمانی مورد استفاده در مرکز (از نظر کمیت و کیفیت) مطابق مفاد دستورالعمل است؟ بلی خیر

توضیح:

توضیحات تکمیلی:

۱۴- آیا مشکلات و موانع و محدودیتهای دیگری وجود دارد؟ (با تشریح دلایل)

.....
.....
.....
.....

۱۵- آیا نکات مثبت (ساختاری و عملکردی) بالاتر از استانداردهای دستورالعمل وجود دارد؟

.....
.....
.....
.....

۱۶- چه راهکارهایی جهت بهبود وضعیت مرکز به مسئول مرکز پیشنهاد می کنید؟

.....
.....
.....
.....

۱۷- چه اقدامی را در خصوص این مرکز به کمیته استانی پیشنهاد می کنید؟

.....
.....
.....
.....

کارشناس ناظر استانی:

نام و نام خانوادگی:

امضاء: