

Қуәландырылатын адамға немесе оның заңды өкіліне медициналық әлеуметтік сараптама жүргізу кезінде берілетін құжаттардың нысандарын бекіту туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2014 жылғы 1 сәуірдегі № 142-ө бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2014 жылы 30 сәуірде № 9377 тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 30 қаңтардағы № 44 бұйрығымен

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 30.01.2015 № 44 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2005 жылғы 20 шілдедегі № 750 қаулысымен бекітілген Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу ережесінің 27-тармағын іске асыру мақсатында **БҰЙЫРАМЫН:**

1 . М ы н а н ы с а н д а р :

- 1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес мүгедектігі туралы анықтама;
- 2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама;
- 3) осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама және кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан үзінді көшірме;
- 4) осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды;
- 5) осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес толық оналтылуы туралы хабарлама бекітілсін .

2. Әлеуметтік көмек департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

- 1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін ;
- 2) осы бұйрықтың мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оны ресми жариялауға мерзімдік баспа басылымдарына және «Әділет» ақпараттық-құқықтық жүйесіне жіберілуін;
- 3) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің интернет-ресурсында орналастырылуын қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау вице-министрі С.Қ. Жақыповаға жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Министр *Т. Дүйсенова*
Қазақстан Республикасы Еңбек
және халықты әлеуметтік
қорғау министрінің
2014 жылғы 1 сәуірдегі
№ 142 - ө бұйрығына
1-қосымша

Нысан
Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік
қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

_____ (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Мүгедектік туралы анықтама

Справка об инвалидности

серия 000 № 0000000

Т.А.Ә. _____

Ф.И.О. _____

Туған күні «___» _____ ж. Мекенжайы _____

Дата рождения Адрес

Мүгедектік тобы

Группа инвалидности

Мүгедектік себебі _____

Причина инвалидности

Белгіленген күні 20 ___ ж. «___» _____ Мерзімі 20___ ж. «___»
_____ бастап есептелді

Дата установления Срок зачтен с

Мүгедектік 20___ ж. «___» _____ дейінгі мерзімге белгіленген

Инвалидность установлена на срок до

Қайта куәландыру күні 20 ___ ж. «___» _____

Дата переосвидетельствования

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20__ ж. «__» _____

Д а т а _____

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік
қ о р ғ а у м и н и с т р л і г і

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Мүгедектік туралы анықтамадан және медициналық-әлеуметтік
сараптама актісінен үзінді көшірме**

**Выписка из справки об инвалидности и акта медико-социальной
экспертизы**

серия 000 № 0000000

**(әлеуметтік төлемдерді тағайындайтын және жүзеге асыратын органдарға
жіберіледі**

**направляется в органы, назначающие и осуществляющие
социальные выплаты)**

Т.А.Ә. _____

Ф.И.О. _____

Туған күні «__» _____ ж. Мекенжайы _____

Дата рождения _____ Адрес _____

Мүгедектік тобы _____

Группа инвалидности _____

Мүгедектік себебі _____

Причина инвалидности _____

Белгіленген күні 20__ ж. «__» _____ Мерзімі 20__ ж. «__»
_____ бастап есептелді

Дата установления _____ Срок зачтен с _____

Мүгедектік 20__ ж. «__» _____ дейінгі мерзімге
б е л г і л е н г е н

Инвалидность установлена на срок до _____

Қайта куәландыру күні 20__ ж. «__» _____

Дата переосвидетельствования _____

Негізгі диагнозы: _____

О с н о в н о й

д и а г н о з :

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 ____ ж. « ____ » _____

Дата

Қазақстан Республикасы Еңбек

және халықты әлеуметтік

қорғау министрінің

2014 жылғы 1 сәуірдегі

№ 142 - ө бұйрығына

2-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік

қорғау министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама

Справка о степени утраты общей трудоспособности

серия 000 № 000000

Т.А.Ә. _____

Ф.И.О.

Туған күні « ____ » _____ ж. Мекенжайы _____

Дата рождения Адрес

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын

құжат № _____ « ____ » _____ 20 ____ ж.

Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного социального страхования

Пайызбен белгіленген жалпы еңбекке қабілетінен айырылу дәрежесі: __%

(ж а з б а ш а / п р о п и с ь ю)

Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

Белгіленген күні 20__ ж. «__» _____ Мерзімі 20__ ж. «__»
б а с т а п е с е п т е л д і

Дата установления _____ Срок зачтен с _____
Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__ ж. «__»
_____ дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до _____
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____ актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20__ ж. «__» _____

Дата _____

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік
қ о р ғ а у м и н и с т р л і ғ і

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

_____ (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы
анықтамадан үзінді көшірме**

**Выписка из справки о степени утраты общей трудоспособности
серия 000 № 000000**

**(әлеуметтік төлемдерді тағайындайтын және жүзеге асыратын
органдарға жіберіледі
направляется в органы, назначающие и осуществляющие
социальные выплаты)**

Т.А.Ә. _____

Ф.И.О. _____

Туған күні «__» _____ ж. Мекенжайы _____

Дата рождения _____ Адрес _____

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын
құжат № _____ «__» _____ 20__ ж.

Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного
социального страхования

Пайызбен белгіленген жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі:
_____ % _____

(ж а з б а ш а / п р о п и с ь ю)

Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

Белгіленген күні 20__ ж. «__» _____ Мерзімі 20__ ж. «__»
б а с т а п е с е п т е л д і

Дата установления

Срок зачтен с

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__ ж. «__»
_____ дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

М.П. Руководитель отдела (колы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20_____ ж. «__» _____

Дата

Қазақстан

Республикасы

Еңбек

және халықты әлеуметтік

қорғау министрінің

2014 жылғы 1 сәуірдегі

№ 142 - ө б ұ й р ы ғ ы н а

3-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік

қ о р ғ а у м и н и с т р л і ғ і

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

_____ (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама

Справка о степени утраты профессиональной трудоспособности

серия 000 № 000000

Т.А.Ә. _____

Ф.И.О.

Туған күні «__» _____ ж. Мекенжайы _____

Дата рождения _____ Адрес

Жазатайым оқиға туралы акті №__ «__» _____ 20__ ж. _____

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы /
полное наименование работодателя)

Диагнозы: _____

Диагноз: _____

Пайызбен белгіленген кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі:
_____ % _____

(ж а з б а ш а / п р о п и с ь ю)

Установлена в процентах степень утраты профессиональной
трудоспособности

Белгіленген күні 20__ ж. «__» _____ Мерзімі 20__ ж. «__»
_____ б а с т а п е с е п т е л д і

Дата установления _____ Срок зачтен с _____

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__ ж. «__»
_____ дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до _____

Қайта куәландыру күні 20__ ж. «__» _____

Дата переосвидетельствования _____

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы _____

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.) _____

Күні 20__ ж. «__» _____

Д а т а _____

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік
қ о р ғ а у м и н и с т р л і ғ і

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы
анықтамадан үзінді көшірме**

**Выписка из справки о степени утраты профессиональной
трудоспособности**

серия 000 № 000000

(Жазатайым оқиға туралы акті берген жұмыс берушіге /
для работодателя, выдавшего Акт о несчастном случае)

Т.А.Ә. _____

Ф.И.О.

Туған күні «___» _____ ж. Мекенжайы _____

Дата рождения _____ Адрес _____

Жазатайым оқиға туралы акті №__ «___» _____ 20__ ж. _____

Акт о несчастном случае _____ (жұмыс берушінің толық атауы /
полное наименование работодателя)

Диагнозы: _____

Д и а г н о з :

Пайызбен белгіленген кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі: _____ % _

(жазбаша / прописью)

Установлена в процентах степень утраты профессиональной
т р у д о с п о с о б н о с т и

Белгіленген күні 20____ ж. «___» _____ Мерзімі 20____ ж. «___»
б а с т а п е с е п т е л д і

Дата установления _____ Срок зачтен с _____

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі «___» _____
20____ ж. дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до _____

Қайта куәландыру күні 20__ ж. «___» _____

Дата переосвидетельствования _____

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № _____ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы _____

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20____ ж. «___» _____

Дата

Қазақстан Республикасы Еңбек

және халықты әлеуметтік

корғау министрінің

2014 жылғы 1 сәуірдегі

№ 142 - ө б ұ й р ы ғ ы н а

4-қосымша

Нысан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және
күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды**
**Заклучение о нуждаемости пострадавшего работника
в дополнительных видах помощи и уходе**
серия 000 № 000000

Т.А.Ә. _____

Ф.И.О. _____

Туған күні «__» _____ ж. Мекенжайы _____

Дата рождения _____ Адрес _____

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі ____% себебі _____

Степень утраты профессиональной трудоспособности причина _____

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20__ж. «__» _____

дейінгі мерзімге белгіленген _____

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок
до _____

Жазатайым оқиға туралы акті №__ «__» _____ 20__ ж. _____

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы /
полное наименование работодателя)

Диагнозы: _____

Д и а г н о з : _____

Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж _____

Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе _____

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі _____

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 _____ ж. « ____ » _____

Д а т а

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік
қ о рғ а у м и н и с т р л і г і

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және
күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды
Заклучение о нуждаемости пострадавшего работника
в дополнительных видах помощи и уходе
серия 000 № 000000**

(Жазатайым оқиға туралы акті берген жұмыс берушіге / для работодателя,
выдавшего Акт о несчастном случае)

Т.А.Ә. _____

Ф.И.О. _____

Туған күні « ____ » _____ ж. Мекенжайы _____

Дата рождения Адрес

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі ____% себебі _____

Степень утраты профессиональной трудоспособности причина

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 ____ ж. « ____ »

_____ дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок
до

Жазатайым оқиға туралы акті № ____ « ____ » _____ 20 ____ ж. _____

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы /
полное наименование работодателя)

Диагнозы: _____

Диагноз: _____

Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж _____

Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе _____

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20__ ж. «____» _____

Дата

Қазақстан Республикасы Еңбек

және халықты әлеуметтік

қорғау министрінің

2014 жылғы 1 сәуірдегі

№ 142 - ө бұйрығына

5-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік

қорғау министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

_____ (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Толық оңалтылуы туралы хабарлама

Извещение о полной реабилитации

Т.А.Ә. _____

Ф . И . О .

Туған күні _____ топтағы мүгедек

Дата рождения _____ Инвалид _____ группы

Мекенжайы _____

А д р е с

_____ медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінде 20__ ж. «__»

_____ қайта куәландырудан өтті,

Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе _____,

Мүгедек деп танылған жоқ.
Инвалидом не признан (а).
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 ___ ж. « ___ » _____
Д а т а

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
м и н и с т р л і г і

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

Толық оңалтылуы туралы хабарлама

Извещение о полной реабилитации

(Медициналық әлеуметтік сараптама актісіне тіркеледі /
приобщается к Акту медико-социальной экспертизы)

Т.А.Ә. _____

Ф . И . О .

Туған күні _____ топтағы
м ү г е д е к

Дата рождения _____ Инвалид _____ группы

Мекенжайы _____

А д р е с

_____ медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінде 20 ___ ж. « ___ »
_____ қайта куәландырудан өтті,

Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе _____

Мүгедек деп танылған жоқ.

Инвалидом не признан (а).

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы _____ (_____)

(қолы / подпись) (Т.А.Ә. / Ф.И.О.)

М.П. Руководитель отдела

Толық оңалтылуы туралы хабарламаны алдым _____ (_____)
(қолы / подпись) (Т.А.Ә. / Ф.И.О.)

Извещение о полной реабилитации получил (а)

Күні 20 ____ ж. « ____ » _____

Дата

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК