

**Куәландырылатын 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 жүргiзу ережесінің 27-тармағын іске асыру мақсатында **БҰЙЫРАМЫН**:

      1. Мына нысандар:

      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 оңалтылуы 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. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                    (кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік

қорғау министрлігі

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

белгіленген

Инвалидность установлена на срок до

Қайта куәландыру күні 20\_\_\_\_ж. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата переосвидетельствования

Негізгі диагнозы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основной диагноз:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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: \_\_%

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                          (жазбаша / прописью)

Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

Белгіленген күні 20\_\_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мерзімі 20\_\_\_\_ж. «\_\_\_\_»

                                           бастап есептелді

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

қорғау министрлігі

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 трудоспобности**
**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:

\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                            (жазбаша / прописью)

Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

Белгіленген күні 20\_\_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Мерзімі 20\_\_\_\_ж. «\_\_\_\_»

                                              бастап есептелді

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

Қазақстан Республикасы Еңбек

және халықты әлеуметтік

қорғау министрінің

2014 жылғы 1 сәуірдегі

№ 142-ө бұйрығына

3-қосымша

                                                            Нысан

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік

қорғау министрлігі

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:

\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                         (жазбаша / прописью)

Установлена в процентах степень утраты профессиональной

трудоспособности

Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     Мерзімі 20\_\_\_\_ж. «\_\_\_\_»

                                              бастап есептелді

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                 (кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік

қорғау министрлігі

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

           (жазбаша / прописью)

Установлена в процентах степень утраты профессиональной

трудоспособности

Белгіленген күні 20\_\_\_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мерзімі 20\_\_\_ ж. «\_\_\_\_»

                                            бастап есептелді

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

қорғау министрінің

2014 жылғы 1 сәуірдегі

№ 142-ө бұйрығына

4-қосымша

                                                            Нысан

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік

қорғау министрлігі

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**
**Заключение 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        (кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік

қорғау министрлігі

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**
**Заключение 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес

\_\_\_\_\_ 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. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                    (кесу сызығы / линия отреза)

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**

(Медициналық әлеуметтік сараптама актісіне тіркеледі /

приобщается к Акту медико-социальной экспертизы)

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Туған күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ топтағы                                                                мүгедек

Дата рождения                                  Инвалид \_\_\_\_\_\_\_ группы

Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес

\_\_\_\_\_ 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