

**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