

**"Мүгедектердi оңалтудың кейбiр мәселелерi туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 22 қаңтардағы № 26 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы**

***Күшін жойған***

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2020 жылғы 30 қаңтардағы № 33 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2019 жылғы 31 қаңтарда № 19952 болып тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2023 жылғы 30 маусымдағы № 286 бұйрығымен.

      Ескерту. Күші жойылды - ҚР Премьер-Министрінің орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 30.06.2023 № 286 (01.07.2023 бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

      ЗҚАИ-ның ескертпесі!

      Осы бұйрық 01.01.2020 бастап қолданысқа енгізіледі

      "Қазақстан Республикасында мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы" 2005 жылғы 13 сәуірдегі Қазақстан Республикасы Заңының 7-бабы 1-тармағының 9-1) тармақшасына, 20-бабының 3-тармағына және 22-бабының 1-тармағына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

      1. "Мүгедектердi оңалтудың кейбiр мәселелерi туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 22 қаңтардағы № 26 бұйрығына (Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2015 жылы 3 наурызда № 10370 тіркелген, "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде 2015 жылғы 26 наурызда жарияланған) мынадай өзгерістер енгізілсін:

      Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес жүріп-тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің және естуі бойынша мүгедектер үшін жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсыну қағидалары осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

      Мүгедектерге және мүгедек балаларға санаторий-курорттық емделудi ұсыну қағидалары осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда;

      Мүгедектердi протездiк-ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидалары осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда;

      Мүгедектердi арнаулы жүрiп-тұру құралдарымен қамтамасыз ету қағидалары жаңа редакцияда осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес жазылсын.

      2. Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің Әлеуметтік қызметтер саясатын дамыту департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

      1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

      2) осы бұйрық ресми тіркелгеннен кейін оны Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды қамтамасыз етсін.

      3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау вице-министрі Е.М. Әукеновке жүктелсін.

      4. Осы бұйрық 2020 жылғы 1 қаңтардан бастап қолданысқа енгізіледі және ресми жариялануға тиіс.

|  |  |
| --- | --- |
| *Қазақстан Республикасының*  *Еңбек және халықты әлеуметтік*  *қорғау министрі* | *Б. Нурымбетов* |

      КЕЛІСІЛДІ

      Қазақстан Республикасының

      Денсаулық сақтау министрлігі

      КЕЛІСІЛДІ

      Қазақстан Республикасының

      Қаржы министрлігі

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы |
|  | Еңбек және халықты әлеуметтік |
|  | қорғау министрінің |
|  | 2020 жылғы 31 қаңтардағы № 33 бұйрығына 1-қосымша |
|  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 22 қаңтардағы № 26 бұйрығына 1-қосымша |

**Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес жүріп-тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің және естуі бойынша мүгедектер үшін жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсыну қағидалары**

**1-тарау. Жалпы ережелер**

      1. Осы Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес жүріп-тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің және естуі бойынша мүгедектер үшін жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсыну қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Қазақстан Республикасында мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы" 2005 жылғы 13 сәуірдегі Қазақстан Республикасының Заңына (бұдан әрі – Заң) сәйкес әзірленді және оңалтудың жеке бағдарламасына (бұдан әрі – ОЖБ) сәйкес жүріп-тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің (бұдан әрі – жеке көмекшінің қызметтері) және естуі бойынша мүгедектер үшін жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының (бұдан әрі – ымдау тілі маманының қызметтері) әлеуметтік қызметтерін ұсыну тәртібін айқындайды.

      2. Осы Қағидаларда мынадай негізгі ұғымдар пайдаланылады:

      1) жеке көмекші – шарт талаптарымен мүгедекпен бірге оның тұратын жерінен баратын пунктіне дейін және қайтарда: жұмысқа, оқу орындарына, сондай-ақ мүгедек жергілікті өкілді және атқарушы органдарға, сотқа, прокуратураға, әлеуметтік сала объектілеріне, заң консультацияларына, нотариусқа, мәдени-ойын-сауық іс-шараларына, спорт ғимараттарына, сауда объектілеріне, медициналық мекемелерге, тұрмыстық қызмет көрсету кәсіпорындарына және оқуына, жұмысқа орналасуына, өзінің құқықтары мен мүдделерін қорғауына және іске асыруына, ақпарат алуына, қажетті құжаттарды ресімдеуіне байланысты мәселелерді шешуі үшін өзге де ұйымдарға барған кезде ілесіп жүру бойынша әлеуметтік қызметтерді көрсететін маман;

      2) ымдау тілі маманы – еститін және естімейтін адамдардың арасындағы делдалдық қызметті көрсетумен: мүгедектің конференцияларға, пікірталастарға және басқа да қоғамдық іс-шараларға қатысуы уақытында, мүгедектің оқуына, жұмысқа орналасуына, өзінің құқықтары мен мүдделерін қорғауына және іске асыруына, мемлекеттік органдар мен консультациялық ұйымдарда ақпарат алуына, қажетті құжаттарды ресімдеуіне байланысты мәселелерді шешуі үшін еститін адамдармен араласуы кезінде ымдау тілінен және ымдау тіліне кәсіби аударма жасауға байланысты әлеуметтік қызметтерді көрсететін маман.

      3. Жеке көмекшінің, ымдау тілі маманының қызметтерін ұсыну халықты әлеуметтік қорғау саласындағы уәкілетті органның аумақтық бөлімшесі осы Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес жеке көмекшінің және ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсынуға медициналық көрсетілімдер мен қарсы көрсетілімдерді ескере отырып әзірлеген ОЖБ негізінде жүзеге асырылады.

**2-тарау. Жүріп-тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің қызметтерін ұсыну тәртібі**

      4. Жеке көмекшінің қызметтерін алу үшін жүріп-тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер және естуі бойынша мүгедектер немесе олардың заңды өкілдері не мүгедектен нотариалды түрде куәландыруды талап етпейтін сенімхат алған адамдар (бұдан әрі – өтініш беруші) тұрғылықты жері бойынша Нұр-Сұлтан қаласының жұмыспен қамту және әлеуметтік қорғау басқармасына, Алматы қаласының Әлеуметтік әл-ауқат басқармасына, Шымкент қаласының жұмыспен қамту және әлеуметтік қорғау басқармасына, қалалық, аудандық жұмыспен қамту және әлеуметтік бағдарламалар бөлімдеріне (бұдан әрі – жұмыспен қамту бөлімдері) осы Қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес нысан бойынша оңалтудың жеке бағдарламасының әлеуметтік және кәсіптік бөлігіне сай оңалту құралдары мен қызметтерін ұсынуға өтініш (бұдан әрі – өтініш) және сәйкестендіру үшін жеке басын куәландыратын құжатты береді.

      5. Жұмыспен қамту бөлімдері өтінішті қабылдау кезінде мүгедектің жеке сәйкестендіру нөмірі бойынша "электрондық үкімет" шлюзі арқылы мемлекеттік органдардың және (немесе) ұйымдардың ақпараттық жүйелеріне (бұдан әрі – ақпараттық жүйелер) мынадай:

      1) жеке басын куәландыратын құжат туралы;

      2) мүгедектікті белгілеу туралы;

      3) ОЖБ-да әзірленген іс-шаралар туралы мәліметтерді алу үшін сұрау салуды қалыптастырады.

      6. Ақпараттық жүйелерде мәліметтер болмаған жағдайда өтінішке мынадай құжаттар қоса беріледі:

      1) мүгедектің жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі;

      2) заңды өкілдің немесе сенімхат алған адамның жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі – көрсетілген адамдар өтініш берген кезде;

      3) мүгедектік туралы анықтаманың көшірмесі;

      4) ОЖБ-дан үзіндінің көшірмесі.

      Құжаттар салыстырып тексеру үшін түпнұсқаларда және көшірмелерде ұсынылады, кейіннен құжаттардың түпнұсқалары өтініш берушіге қайтарылады.

      7. Өтінішті қабылдаған жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініш берушіден қабылданатын құжаттар топтамасының толықтығын тексереді, сондай-ақ өтініш беруші осы Қағидалардың 6-тармағына сәйкес ұсынған құжаттардың электрондық көшірмелерінің түпнұсқаларға сәйкес келуін қамтамасыз етеді.

      8. Жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініштегі деректерді, сондай-ақ ОЖБ-ның орындалуы не орындалмауы жөніндегі деректерді "Е-Собес" автоматтандырылған ақпараттық жүйесіне (бұдан әрі – "Е-Собес" ААЖ) енгізеді. ОЖБ іс-шараларын Портал арқылы іске асыру кезінде "Е-Собес" ААЖ орындалуы автоматты түрде қойылады.

      9. Құжаттар топтамасы сәйкес болған жағдайда жұмыспен қамту бөлімдері құжаттарды қабылдаған күннен бастап он жұмыс күні ішінде өтініш берушіге жеке көмекшінің қызметтерін ұсынуға құжаттарды ресімдеу хабарламаны еркін нысанда жібереді. Хабарламада сондай-ақ Порталмен жұмыс жасау жөнінде сұрақ туындаған жағдайда "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімдеріне немесе тіркеу орны бойынша жұмыспен қамту бөліміне жүгіну мүмкіндігі туралы ақпарат көрсетіледі.

      Жұмыспен қамту бөлімдері хабарлама бергеннен кейін тоқсан сайын, есепті тоқсаннан кейінгі айдың 5-күні жеке көмекшінің қызметтерімен қамтамасыз етілуге тиіс мүгедектер туралы тізімдерді жасайды және көрсетілген қызметтерге қажеттілікті қалыптастырады.

      10. Жеке көмекшінің қызметтерін көрсету Портал арқылы немесе Қазақстан Республикасының мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс туралы және мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады немесе Қазақстан Республикасының Азаматтық кодексінің 378-бабына сәйкес жеке тұлғалармен қызметтер көрсету тікелей шарт жасасады.

      Жеке көмекшінің әлеуметтік қызметтерін ұсынатын үкіметтік емес ұйымның әкімшілік шығындарына қаражат мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс және мемлекеттік сатып алу шеңберінде әлеуметтік қызметтің жалпы қаржыландыруы көлемінің 5% аспайтын мөлшерде жоспарланады.

      11. Жүріп-тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің қызметтерін Портал арқылы алу үшін өтініш беруші Заңның 32-2-бабына сәйкес http://aleumet.egov.kz электронды-цифрлы қолтаңба арқылы Порталда тіркеледі.

      Өтініш берушіде интернет ресрутың болмау жағдайында өтініш беруші "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімдеріне, жұмыспен қамту орталықтарына немесе жұмыспен қамту бөліміне жүгінеді.

      12. Мүгедек өнім берушіні Портал арқылы таңдаған жағдайда жеке көмекшінің жұмыс уақытын есепке алу өнім берушінің Порталдағы жеке кабинетінде тіркеледі және өнім берушінің сұрау салуы бойынша смс-хабарлама арқылы алынған және өтініш берушімен аталған кодпен расталады.

      13. Жеке көмекшінің қызметтеріне ақы төлеу жұмыспен қамту бөлімдерімен нақты көрсетілген уақыт үшін бірақ күніне 8 сағаттан асырмай төленеді.

      Жеке көмекшінің әлеуметтік қызметтеріне ақы төлеуді жұмыспен қамту бөлімдері әлеуметтік жұмыс жөніндегі маманның бір сағаттық жалақысы мөлшері есебімен Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2015 жылғы 31 желтоқсандағы № 1193 қаулысына сәйкес бір жылға дейін жұмыс өтілі болған кезде 4 саты, В3 буыны "Өзге де салалар" блогы бойынша (бiлiктiлiгi орташа деңгейдегі санаты жоқ негізгі персонал мамандары) еңбек ақысын төлеу бойынша азаматтық қызметкерлердің еңбек ақысын төлеу жүйесіне сәйкес жүргізіледі.

      14. Жеке көмекшінің қызметтеріне ақы төлеу ай сайын осы Қағидаларға 4-қосымшаға сәйкес жеке көмекшіні алып жүру парағын қоса, тараптар қол қойған осы Қағидаларға 3-қосымшаға сәйкес көрсетілген қызметтер актісінің негізінде жүргізіледі.

**3-тарау. Мүгедектерге жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсыну тәртібі**

      15. Ымдау тілі маманының қызметтерін алу үшін естуі бойынша мүгедектер немесе олардың заңды өкілдері не мүгедектен нотариалды түрде куәландыруды талап етпейтін сенімхат алған өзге адамдар (бұдан әрі – өтініш беруші) жұмыпен қамту бөлімдеріне өтініш және сәйкестендіру үшін жеке басын куәландыратын құжатты береді.

      16. Жұмыспен қамту бөлімдері өтінішті қабылдау кезінде мүгедектің жеке сәйкестендіру нөмірі бойынша ақпараттық жүйелеріне мынадай:

      1) жеке басын куәландыратын құжат туралы;

      2) мүгедектікті белгілеу туралы;

      3) ОЖБ-да әзірленген іс-шаралар туралы мәліметтерді алу үшін сұрау салуды қалыптастырады.

      17. Ақпараттық жүйелерде мәліметтер болмаған жағдайда өтінішке мынадай құжаттар қоса беріледі:

      1) мүгедектің жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі;

      2) заңды өкілдің немесе сенімхат алған адамның жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі – көрсетілген адамдар өтініш берген кезде;

      3) мүгедектік туралы анықтаманың көшірмесі;

      4) ОЖБ-дан үзіндінің көшірмесі.

      Құжаттар салыстырып тексеру үшін түпнұсқаларда және көшірмелерде ұсынылады, кейіннен құжаттардың түпнұсқалары өтініш берушіге қайтарылады.

      18. Өтінішті қабылдаған жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініш берушіден қабылданатын құжаттар топтамасының толықтығын тексереді, сондай-ақ өтініш беруші осы Қағидалардың 16-тармағына сәйкес ұсынған құжаттардың электрондық көшірмелерінің түпнұсқаларға сәйкес келуін қамтамасыз етеді.

      19. Жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініштегі деректерді, сондай-ақ ОЖБ-ның орындалуы не орындалмауы жөніндегі деректерді "Е-Собес" ААЖ-ға енгізеді. ОЖБ іс-шараларын Портал арқылы іске асыру кезінде "Е-Собес" ААЖ орындалуы автоматты түрде қойылады.

      20. Құжаттар топтамасы сәйкес болған жағдайда жұмыспен қамту бөлімдері құжаттарды қабылдаған күннен бастап он жұмыс күні ішінде өтініш берушіге ымдау тілі маманының қызметтерін ұсынуға құжаттарды ресімдеу туралы хабарламаны еркін нысанда жібереді. Жұмыспен қамту бөлімдері хабарлама бергеннен кейін тоқсан сайын, есепті тоқсаннан кейінгі айдың 5-күні ымдау тілі маманы қызметтерімен қамтамасыз етілуге тиіс мүгедектер туралы тізімдерді жасайды және көрсетілген қызметтерге қажеттілікті қалыптастырады.

      21. Ымдау тілі маманың қызметтерін көрсету Портал арқылы немесе Қазақстан Республикасының мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс туралы және мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады.

      22. Есту қабілеті бойынша мүгедектерге ымдау тілі маманының қызметтерін Портал арқылы алу үшін өтініш беруші Заңның 32-2-бабына сәйкес http://aleumet.egov.kz электронды-цифрлы қолтаңба арқылы Порталда тіркеледі.

      Өтініш берушіде интернет ресрутың болмау жағдайында өтініш беруші "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімдеріне, жұмыспен қамту орталықтарына немесе жұмыспен қамту бөлімдеріне жүгінеді.

      23. Мүгедек өнім берушіні Портал арқылы таңдаған жағдайда ысдау тілі маманының қызметтерін есепке алу өнім берушінің Порталдағы жеке кабинетінде тіркеледі және өнім берушінің сұрау салуы бойынша смс-хабарлама арқылы алынған және өтініш берушімен аталған кодпен расталады.

      24. Ымдау тілі маманының бір сағаттық қызметіне ақы төлеу Заңның 7-бабының 1-тармағының 9-1-тармақшасының екінші абзацына сәйкес тиісті қаржы жылына арналған республикалық бюджет туралы заңда белгіленген ең төмен айлық жалақының он бес пайызы мөлшері есебімен, бірақ бір мүгедекке жылына алпыс сағаттан асырылмай жүзеге асырылады.

      Ымдау тілі маманының жылына алпыс сағаттан артық әлеуметтік қызмет көрсетуіне кеткен уақытын мүгедек өз қаражаты есебінен төлейді.

      25. Ымдау тілі маманының қызметтеріне ақы төлеу ай сайын осы Қағидаларға 5-қосымшаға сәйкес ымдау тілі маманының алып жүру парағын қоса, тараптар қол қойған осы Қағидаларға 3-қосымшаға сәйкес көрсетілген қызметтер актісінің негізінде жүргізіледі.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес жүріп- тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің және естуі бойынша мүгедектер үшін жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсыну қағидаларына 1-қосымша |

**Жеке көмекшінің және ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсынуға медициналық көрсетілімдер мен қарсы көрсетілімдер**

      1. Жеке көмекшінің әлеуметтік қызметтерін ұсынуға:

      1) толық соқырлық;

      2) түзетумен екі көзінің де 0,03-ке дейін көру жітілігі;

      3) елеулі немесе айқын түрде білінетін вестибулярлық мишықтың бұзылуы;

      4) елеулі немесе айқын түрде білінетін гиперкинетикалық амиостатикалық синдром;

      5) паркинсонизм (елеулі немесе айқын түрде білінетін акинетикалық-регидтік түрі);

      6) елеулі немесе айқын түрде білінетін: ауру немесе жарақаттар салдарынан туындаған гемипарез, төменгі парапарез, трипарез;

      7) гемиплегия, триплегия, параплегия;

      8) елеулі немесе айқын түрде білінетін қанайналымы және тыныс функцияларының бұзылуы (III кезеңдегі қанайналым жеткіліксіздігі, IV функционалдық сыныпты стенокардияға сәйкес қан тамыр жеткіліксіздігі, ІІ-ІІІ және III кезеңдегі өкпе-жүрек жеткіліксіздігімен қосарланған III дәрежелі тыныс жеткіліксіздігі және т.б.);

      9) елеулі немесе айқын түрде білінетін несеп шығару жүйесі қызметінің бұзылуы (ІІІ-ІV дәрежедегі созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі);

      10) буын функцияларының ІІІ-ІV дәрежеде бұзылуымен қатар ағзаның статикалық-динамикалық функцияларының елеулі немесе айқын түрде білініп бұзылуы;

      11) қолдардың екеуінің де протездеуге жарамсыз және жүріп-тұру құралдарының қолданылуын қиындататын ампутациялық тұқылдары;

      12) қолдардың екеуінде де протездеуге жарамсыз және жүріп-тұру құралдарының қолданылуын қиындататын туа біткен ауытқулардың болуы;

      13) екі санның протездеуге жарамсыз ампутациялық тұқылдары;

      14) протездеуге жарамсыз жүріп-тұру құралдарын пайдалануды қиындататын, қолдардың білінетін функционалдық бұзушылықтары бар балтырлардың ампутациялық тұқылдары;

      15) жүріп-тұрудың III дәрежеде бұзылуымен қоса, аяқтардың дамуындағы туа біткен ауытқулар;

      16) қолдардың жүріп-тұру құралдарының қолданылуын қиындатып айқын білінетін функционалдық бұзылушылықтарымен қосарланған буындар функцияларының ІІІ-IV дәрежеде бұзылуымен қоса жамбастың және тізе буындарының екеуінің де функционалдық тұрғыдан қолайсыз қалыптағы анкилоздары;

      17) қолдардың жүріп-тұру құралдарының қолданылуын қиындатып айқын білінетін функционалдық бұзылушылықтарымен қосарланған буындар функцияларының ІІІ-ІV дәрежеде бұзылуымен қоса, жамбастың және тізе буындарының екеуінің де елеулі немесе айқын білінетін контрактуралары медициналық көрсетілімдер болып табылады.

      2. Ымдау тілінің машықтарын меңгерген мүгедекке ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсынуға:

      1) керең-мылқаулық;

      2) есту протезін қолдануға жарамсыз толық кереңдік;

      3) есту протезін қолдануға жарамсыз ІV дәрежедегі құлақ мүкістігі;

      4) қимылдық афазия;

      5) көмекейдің болмауы медициналық көрсетілімдер болып табылады.

      3. Мамандандырылған медициналық ұйымдарда емделуді талап ететін мынадай аурулар:

      1) бактерия тарататын туберкулез (БК+);

      2) жұқпалы тері және шаш аурулары;

      3) жыныс аурулары;

      4) неврозды, невроз тәріздес жай-күйлерді, жеңіл дәрежедегі есуастықты, ұстамалары сирек (2-3 айда бір реттен аспайтын) түрлі этиологиядағы тырыспа синдромдарын қоспағанда, жарыместіксіз және жеке тұлғаның білініп бұзылуынсыз орны алатын психикалық бұзушылықтар жеке көмекшінің және ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсынуға медициналық қарсы көрсетілімдер болып табылады.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес жүріп- тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің және естуі бойынша мүгедектер үшін жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсыну қағидаларына 2-қосымша |
|  | Нысан |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  жергілікті атқарушы органының басшысына |

**Оңалтудың жеке бағдарламасының әлеуметтік бөлігіне сәйкес оңалту құралдары мен қызметтерін ұсынуға өтініш**

      Тегi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Аты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Әкесiнiң аты (бар болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Туған күнi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Мүгедектiгi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Жеке басты куәландыратын құжат түрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Құжаттың нөмірі: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кім берген: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Берілген күні: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ жылы

      Жеке сәйкестендіру нөмірі:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Тұрғылықты тұратын мекенжайы (тіркелген):

      Облыс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      қала (аудан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ауыл: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      көше (шағынаудан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ үй \_\_\_\_\_ пәтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Қызметтер ұсыну үшін құжаттар қабылдауды сұраймын:

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

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

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

      (протездік-ортопедиялық көмек, сурдотехникалық құралдар, тифлотехникалық құралдар, міндетті гигиеналық құралдар, жеке көмекшінің қызметтері, ымдау тілі маманының қызметтері, санаторий-курорттық емделу, кресло-арбалар)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қажетінің асты сызылсын, жазылсын)

      Міндетті гигиеналық құралдар және (немесе) кресло-арбалар ұсынуға өтініш беру кезінде: салмағы \_\_\_\_\_\_ кг., бойы \_\_\_\_\_\_\_\_\_ см., бөксе ауданы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см. жазылу керек.

      Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р/с | Құжаттың атауы | Құжаттағы парақтардың саны | Ескертпе |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

      Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес оңалту құралдары мен қызметтерін ұсыну үшін құжаттарды ресімдеуге қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге, ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпиядан тұратын мәліметтерді пайдалануға келісім беремін.

      "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жыл.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      (Өтініш берушінің (заңды өкілінің) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы  
      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      (Өтінішті қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы)

      "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жыл.

      ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  
      (қию сызығы)   
      Азамат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ өтініші қабылданды.   
      Өтініш қабылданған күн "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ жыл. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Өтінішті қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес жүріп- тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің және естуі бойынша мүгедектер үшін жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсыну қағидаларына 3-қосымша |

**Көрсетілген қызметтердің актісі**

      № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Қызметтің атауы | Қызмет көрсету айы | Өлшем бірлігі | Қызметтер көрсетілді | | |
| Сағаттар саны | Бір бірлік бағасы | құны |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Барлығы |  |  |  |

      Жоғарыда көрсетілген қызметтер толық және уақытылы орындалды. Тапсырыс берушінің көлемі, сапасы және қызмет көрсетудің мерзімі бойынша наразылығы жоқ.

      Осы Акт екі данада, Орындаушы мен Тапсырыс берушіге бір-бір данада жасалды.

      Қосымша: Жеке көмекшіні ілесіп жүрі парағы "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ жылғы № \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ парақта.

|  |  |
| --- | --- |
| Тапсырды | Қабылдады |
| Орындады | Тапсырыс беруші |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лауазымы қолы қолтаңбаның толық жазылуы | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лауазымы қолы қолтаңбаның толық жазылуы |
| МО (болған жағдайда) | МО |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес жүріп- тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің және естуі бойынша мүгедектер үшін жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсыну қағидаларына 4-қосымша |

**Жеке көмекшінің ілесіп жүру парағы**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   
**(Т.А.Ә., телефон)**   
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мүгедек**   
**(Т.А.Ә., телефон)**   
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мекенжай бойынша тұратын**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| р/н  № | Қызмет көрсету күні | Ілесіп жүру үшін орны | | Ілесіп жүруге жұмсалған уақыттың саны (сағат, минуттар) | Мүгедектің қолы |
| А орнынан (объектінің атауы) | Б орнына дейін (объектінің атауы) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

      Жеке көмекшінің қолы

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес жүріп- тұруы қиын бірінші топтағы мүгедектер үшін жеке көмекшінің және естуі бойынша мүгедектер үшін жылына алпыс сағат ымдау тілі маманының әлеуметтік қызметтерін ұсыну қағидаларына 5-қосымша |

**Ымдау тілі маманының қызметтерімен ілесіп жүрі парағы**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   
**(Т.А.Ә., телефон)**   
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мүгедек**   
**(Т.А.Ә., телефон)**   
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мекенжай бойынша тұратын**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| р/н  № | Қызмет көрсету күні | Ілесіп жүру үшін орны | | Ілесіп жүруге жұмсалған уақыттың саны (сағат, минуттар) | Мүгедектің қолы |
| А орнынан (әлеуметтік объектінің атауы) | Б орнына дейін (объектінің атауы) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

      Ымдау тілі маманының қолы

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2020 жылғы 30 қаңтардағы № 33 бұйрығына 2-қосымша |
|  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 22 қаңтардағы № 26 бұйрығына 2-қосымша |

**Мүгедектерге және мүгедек балаларға санаторий-курорттық емделудi ұсыну қағидалары**

**1-тарау. Жалпы ережелер**

      1. Осы Мүгедектерге және мүгедек балаларға санаторий-курорттық емделудi ұсыну қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Қазақстан Республикасында мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы" 2005 жылғы 13 сәуірдегі Қазақстан Республикасының Заңына (бұдан әрі – Заң) сәйкес әзірленді және мүгедектер мен мүгедек балаларға санаторий-курорттық емделудi ұсыну тәртiбiн белгілейдi.

      2. Санаторий-курорттық емделумен қамтамасыз етудi жергiлiктi атқарушы органдар халықты әлеуметтік қорғау саласындағы уәкілетті органның аумақтық бөлімшесі осы Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес мүгедектерді санаторий-курорттық емделумен қамтамасыз етуге медициналық қарсы көрсетілімдерді ескере отырып әзірлеген мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасына (бұдан әрі – ОЖБ) сай мүгедектер мен мүгедек балаларға санаторий-курорттық жолдама (бұдан әрi – жолдама) беру арқылы жүзеге асырады.

      3. Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес мүгедектерді және мүгедек-балаларды санаторий-курорттық емдеумен қамтамсыз ету Қазақстан Республикасының мемлекетік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес немесе Портал арқылы іске асырылады.

      4. Мемлекеттік сатып алу туралы заңнамаға сәйкес санаторлы-курорттық емдеуді ұсыну кезінде облыстардың жұмыспен қамтуды үйлестіру және әлеуметтiк бағдарламалар басқармалары (бұдан әрі – облыстық басқармалар), Нұр-Сұлтан қаласының жұмыспен қамту және әлеуметтік қорғау басқармасы, Алматы қаласының Әлеуметтік әл-ауқат басқармасы, Шымкент қаласының жұмыспен қамту және әлеуметтік қорғау басқармасы (бұдан әрі – қалалық басқармалар) жолдамаларды мемлекеттік бюджет қаражаты есебiнен сатып алады.

      5. Мүгедектердiң және мүгедек балалардың санаторий-курорттық емделуге арналған құжаттарын ресiмдеудi және есепке алуды қалалық басқарма, аудандық (қалалық) жұмыспен қамту және әлеуметтiк бағдарламалар бөлiмi (бұдан әрi – жұмыспен қамту бөлімі) жүргiзедi.

      6. Санаторий-курорттық емделуге жолдамаларды Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу заңнамасына сәйкес жүргізілгенде қалалық басқарма, жұмыспен қамту бөлімі өтiнiштердi тiркеу және жолдамаларды беру журналын (бұдан әрі – журнал) осы Қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес жүргiзедi.

      Журнал нөмiрленеді, тігіледі және қалалық басқарманың, жұмыспен қамту бөлімінің мөрімен расталады.

      7. Мүгедек өнім берушіні Портал арқылы таңдаған кезде санаторий-курорттық емдеудің уақытын есептеу Порталда өнім берушінің жеке кабинетінде есептеледі және өнім берушінің сұрауы бойынша өтініш берушімен смс арқылы алынған коды арқылы расталады.

      8. Осы Қағидаларға 3-қосымшаға сәйкес санаторий-курорттық қызметтерді алған мүгедектердің тізімдері тіркелген санаторий-курорттық емдеудің электрондық есебі, сондай-ақ көрсетілген қызметтердің актісі Порталда өнім берушінің жеке кабинетінде қалыптастырылады.

**2-тарау. Мүгедектерге және мүгедек балаларға санаторий-курорттық емделудi ұсыну тәртібі**

      9. Мүгедектер және мүгедек балалар немесе олардың заңды өкілдері не мүгедектен нотариалды түрде куәландыруды талап етпейтін сенімхат алған өзге адамдар (бұдан әрі – өтініш беруші) тұрғылықты жері бойынша қалалық басқармаға немесе жұмыспен қамту бөліміне осы Қағидаларға 4-қосымшаға сәйкес нысан бойынша оңалтудың жеке бағдарламасының әлеуметтік және кәсіптік бөлігіне сай оңалту құралдары мен қызметтерін ұсынуға өтініш (бұдан әрі – өтініш) және сәйкестендіру үшін жеке басын куәландыратын құжатты береді.

      10. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері өтінішті қабылдау кезінде мүгедектің және мүгедек баланың жеке сәйкестендіру нөмірі бойынша "электрондық үкімет" шлюзі арқылы мемлекеттік органдардың және (немесе) ұйымдардың ақпараттық жүйелеріне (бұдан әрі – ақпараттық жүйелер) мынадай:

      1) жеке басын куәландыратын құжат туралы;

      2) мүгедектікті белгілеу туралы;

      3) ОЖБ-да әзірленген іс-шаралар туралы;

      4) мүгедектікке алып келген өндірістегі жазатайым оқиға туралы (еңбек жарақатын алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедектер үшін);

      5) мүгедектіктің белгіленуіне кінәлі жұмыс беруші-жеке кәсіпкер қызметінің тоқтатылғаны немесе заңды тұлғаның таратылғаны туралы (еңбек жарақатын алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедектер үшін) мәліметтерді алу үшін сұрау салуды қалыптастырады.

      11. Ақпараттық жүйелерде мәліметтер болмаған жағдайда өтінішке мынадай құжаттар қоса беріледі:

      1) мүгедектің және мүгедек баланың жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі;

      2) заңды өкілдің немесе сенімхат алған адамның жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі – өтінішті көрсетілген адамдар берген кезде;

      3) мүгедектік туралы анықтаманың көшірмесі;

      4) еңбек қызметімен байланысты жазатайым оқиға туралы актінің және жұмыс беруші-жеке кәсіпкер қызметінің тоқтатылғаны немесе заңды тұлғаның таратылғаны туралы құжаттың көшірмесі – жұмыс беруші-жеке кәсіпкердің қызметі тоқтатылған немесе заңды тұлға таратылған жағдайларда, еңбек жарақатын алған немесе/және кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедек өтініш берген кезде;

      5) ОЖБ-дан үзіндінің көшірмесі.

      Құжаттар салыстырып тексеру үшін түпнұсқаларда және көшірмелерде ұсынылады, кейіннен құжаттардың түпнұсқалары өтініш берушіге қайтарылады.

      12. Өтінішті қабылдаған қалалық басқарманың, жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініш берушіден қабылданатын құжаттар топтамасының толықтығын, өтініш беруші осы Қағидалардың 11-тармағына сәйкес ұсынған құжаттардың электрондық көшірмелерінің түпнұсқаларға сәйкес келуін қамтамасыз етеді.

      13. Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес Мүгедек және мүгедек бала санаторий-курорттық емдеуге жіберілген жағдайда денсаулық сақтау ұйымы берген санаторий-курорттық картаның көшірмесі тұрғылықты жері бойынша қалалық басқармаға немесе жұмыспен қамту бөліміне ұсынылады.

      14. Қалалық басқарма, жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініштегі деректерді, сондай-ақ ОЖБ-ның орындалуы не орындалмауы жөніндегі деректерді "Е-Собес" автоматтандырылған ақпараттық жүйесіне енгізеді. ОЖБ іс-шараларын Портал арқылы іске асырылған кезде "Е-Собес" автоматтандырылған ақпараттық жүйесінде орындалу автоматты түрде қойылады.

      15. Құжаттар топтамасы сәйкес болған жағдайда жұмыспен қамту бөлімдері құжаттарды қабылдаған күннен бастап он жұмыс күні ішінде өтініш берушіге санаторий-курорттық емдеуді ұсынуға құжаттарды ресімдеу және Портал арқылы қамтамасыз ету жағдайында өнім берушіні таңдау мақсатында http://aleumet.egov.kz Порталға жүгіну туралы хабарламаны еркін нысанда жібереді. Хабарламада сондай-ақ Порталмен жұмыс жасау мәселелері бойынша "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімдеріне немесе тіркеу орын бойынша жұмыспен қамту және әлеуметтік бағдарламалар басқармасына (бөлім) жүгіну қажет екені туралы ақпарат көрсетіледі.

      16. Қалалық басқарма, жұмыспен қамту бөлімі өтiнiш берген, ОЖБ-ға сәйкес санаторий-курорттық емделу ұсынылған мүгедектер мен мүгедек балалардың тiзiмдерiн қалыптастырады.

      17. Өтінiштердi тiркеудi қалалық басқарма, жұмыспен қамту бөлімі олардың келiп түсу тәртiбiмен жүзеге асырады.

      18. Жұмыспен қамту бөлімі қалыптастырған тiзiмдер жарты жылда бір рет есепті кезеңнен кейінгі айдың 10-күнінен кешіктірілмей облыстық басқармаға ұсынылады.

      19. Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес санаторий-курорттық емдеудің жолдамаларымен қамтамасыз ету кезінде облыстық басқарма ұсынылған тiзiмдерге сәйкес жолдамаларды мақсаты бойынша пайдалану үшін оларды жұмыспен қамту бөлімдері арасында бөледi.

      Порталда өтініш беруші санаторий-курорттық емдеудің өнім берушісін өзі таңдайды.

      20. Мемлекеттік сатып алу туралы Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес санаторий-курорттық емдеумен қамтамасыз ету кезінде жолдаманы қалалық басқарма, жұмыспен қамту бөлімі өтініш берушінің қолына бередi.

      21. Жолдама беруден бас тартылған жағдайда қалалық басқарма, жұмыспен қамту бөлімі өтініш қабылданған күннен бастап бес жұмыс күні iшiнде өтiнiш берушiге жазбаша дәлелдi бас тарту жауабын береді.

      22. Жолдаманы белгілі бiр себептермен (қайтыс болу, сырқаттану және қалалық басқарма, жұмыспен қамту бөлімі дәлелдi деп таныған басқа да) пайдалануға мүмкiндiк болмаған жағдайда, ол қалалық басқармаға, жұмыспен қамту бөліміне қайтарылуға және кезектiлік тәртiбiмен басқа адамға берiлуге тиiс.

      Жолдаманы қайтару журналда белгiленедi.

      23. Жолдама дәлелдi себептер бойынша пайдаланылмаған жағдайда, берiлген жолдама мүмкiндігінше келу кестесiне сәйкес басқа кезеңнiң жолдамасына, бiрақ ауыстырылуға жататын жолдамада көрсетілген келу басталғанға дейiн үш күннен кешiктiрiлмей ауыстырылады.

      24. Жолдамалар күнтiзбелiк жылына бiр рет 14 күнтізбелік күнге беріледi.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектерге және мүгедек балаларға санаторий-курорттық емделудi ұсыну қағидаларына 1-қосымша |

**Мүгедектерді санаторий-курорттық емделумен қамтамасыз етуге медициналық қарсы көрсетілімдер**

      1. Жіті сатысындағы барлық аурулар, асқыну сатысындағы немесе жіті іріңді процестермен асқынған созылмалы, сондай-ақ стационарлық емдеуді қажет ететін, оның ішінде хирургиялық араласуды талап ететін барлық аурулар.

      2. Оқшаулау мерзімі аяқталғанға дейінгі инфекциялық аурулар.

      3. Жіті және жұқпалы түрдегі барлық венерологиялық аурулар.

      4. Қатерлі жаңа өскіндер.

      5. Аурулар өздігінен жүріп-тұра алмайтын және өзіне-өзі қызмет көрсете алмайтын, ұдайы күтімді қажет ететін (көру ағзасының аурулары бар адамдарға арналған, омыртқа жұлыны ауыратын науқастарға арналған мамандандырылған санаторийлерде емделуге тиіс адамдардан басқа) барлық аурулар.

      6. Психикалық аурулар. Нашақорлық пен созылмалы маскүнемдіктің барлық түрлері.

      7. Құрысу талмалары және олардың эквиваленті, ақыл-ес кемістігі, мінез-құлықтың және әлеуметтік бейімделуінің айқын байқалатын бұзылыстары бар адамның патологиялық дамуы.

      8. Синкопалдық жай-күйі.

      9. Кез келген жерде шоғырланған эхинококкоз.

      10. Әртүрлі жағдайда жиі қайталанатын немесе көп қан кетулер.

      11. Акушерлік паталогия болған жағдайда барлық кезеңдегі жүктілік немесе 18 аптадан бастап қалыпты жүктілік (санаторий-курорттық емделуге жіберу сәтінде).

      12. Туберкулездің белсенді кезеңіндегі барлық формалары (туберкулездік емес профильдегі курорттар мен санаторийлер үшін).

      13. Кез келген текті кахексия.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектерге және мүгедек |
|  | балаларға санаторий-курорттық |
|  | емделудi ұсыну қағидаларына |
|  | 2-қосымша |
|  | Нысан |

**Өтiнiштердi тiркеу және жолдамаларды беру журналы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Р/с  № | Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) | Мүгедектiгi | Үйінің мекенжайы және телефоны | Өтiнiштi қабылдау күні | Өтiнiштi кім берді |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

      (кестенің жалғасы)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Емдеушi дәрiгерлер ұсынған санаторий | Жолдама берілген санаторийдiң атауы | Жолдама берілген кезең | Өтiнiш берушiнiң не жолдама алған адамның қолы | Жолдаманың қайтарылған күнi және себептерi |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

      Ескертпе: Журнал өтiнiштердiң келiп түсу шегіне қарай қатаң дәйектiлiкпен толтырылады.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектерге және мүгедек |
|  | балаларға санаторий-курорттық |
|  | емделудi ұсыну қағидаларына |
|  | 3-қосымша |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ санаторий-курорттық емдеуді алған мүгедектердің тізімі**  
**санаторийдің атауы, мекенжайы**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  р/н | Мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) | Мүгедектік (санаты) | Мекенжайы және телефон | Санаторийға келу күні | Санаторийдан шығу күні | Санаторий-курорттық емдеудің күн саны |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектерге және мүгедек |
|  | балаларға санаторий-курорттық |
|  | емделудi ұсыну қағидаларына |
|  | 4-қосымша |
|  | Нысан |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | жергілікті атқарушы |
|  | органының басшысына |

**Оңалтудың жеке бағдарламасының әлеуметтік бөлігіне сәйкес оңалту құралдары мен қызметтерін ұсынуға өтініш**

      Тегi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Аты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Әкесiнiң аты (бар болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Туған күнi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Мүгедектiгi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Жеке басты куәландыратын құжат түрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Құжаттың нөмірі: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кім берген: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Берілген күні: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ жылы

      Жеке сәйкестендіру нөмірі:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (тіркелген):

      Облыс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      қала (аудан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ауыл: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      көше (шағынаудан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ үй \_\_\_\_\_ пәтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Қызметтер ұсыну үшін құжаттар қабылдауды сұраймын:

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

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

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

      (протездік-ортопедиялық көмек, сурдотехникалық құралдар,тифлотехникалық құралдар, міндетті гигиеналық құралдар, жеке көмекшінің қызметтері, ымдау тілі маманының қызметтері, санаторий-курорттық емделу, кресло-арбалар)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қажетінің асты сызылсын, жазылсын)

      Міндетті гигиеналық құралдар және (немесе) кресло-арбалар ұсынуға өтініш беру кезінде: салмағы \_\_\_\_\_\_ кг., бойы \_\_\_\_\_\_\_\_\_ см., бөксе ауданы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см. жазылу керек.

      Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| р/с | Құжаттың атауы | Құжаттағы парақтар дың саны | Ескертпе |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

      Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес оңалту құралдары мен қызметтерін ұсыну үшін құжаттарды ресімдеуге қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге, ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпиядан тұратын мәліметтерді пайдалануға келісім беремін.

      "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жыл.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      (Өтініш берушінің (заңды өкілінің) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы)  
      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Өтінішті қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы)  
      "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жыл.   
      -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------   
      (қию сызығы)  
      Азамат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ өтініші қабылданды.   
      Өтініш қабылданған күн "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ жыл.  
      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
      (Өтінішті қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2020 жылғы 30 қаңтардағы № 33 бұйрығына 1-қосымша |
|  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 22 қаңтардағы № 26 бұйрығына 3-қосымша |

**Мүгедектердi протездік-ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидалары**

**1-тарау. Жалпы ережелер**

      1. Осы Мүгедектердi протездік-ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Қазақстан Республикасында мүгедектердi әлеуметтiк қорғау туралы" 2005 жылғы 13 сәуiрдегi Қазақстан Республикасының Заңына (бұдан әрі – Заң) сәйкес әзiрлендi және мүгедектерді протездік-ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету тәртібін айқындайды.

      2. Осы Қағидаларда мынадай негізгі ұғымдар пайдаланылады:

      1) есту аппараты – мүгедектерге медициналық көрсетілімдерге байланысты берілетін және құлақ iшiндегi, түтiк iшiндегi, құлақ сыртындағы, қалтадағы, көзiлдiрiк ұясындағы, ауыстырып қондырылатын, ауа және сүйек арқылы дыбысөткiзгіш болып бөлінетін микрофоннан, күшейткіш-түрлендіргіштен және телефоннан (динамика) тұратын электроакустикалық құрылғы;

      2) есту аппаратын, сөйлеу процессорын ауыстыру – мемлекеттік бюджет есебінен ауыстыру мерзімін ескере отырып есту аппаратымен, сөйлеу процессорымен қамтамасыз ету;

      3) есту қабілеті бұзылған мүгедек балаларды кохлеарлық имплантациядан кейін есту-сөйлеуге бейімдеу – сурдологиялық зерттеп-қарауға, консультация беруге, сөйлеу процессорын баптауға, оларды пайдалануды оқытуға және жаттықтыруға, әлеуметтік-психологиялық жұмыс жүргізуге, естуді қабылдауды, ауызша сөйлеуді және танымдық қызметті дамытуға бағытталған ата-аналар (заңды өкілдер) қатысатын іс-шаралар жүйесі;

      4) кохлеарлық имплант – ішкі құлақтың жоқ немесе зақымдалған есту рецепторларының функциясын атқаратын және бас миының есту орталығына электрлік импульстерге түрленген дыбыстық ақпарат беретін медициналық аспап;

      5) кохлеарлық имплантация – бұл естуді қалпына келтіруге және терең есту мүкістігі немесе саңыраулығы бар адамдарды әлеуметтік бейімдеуге бағытталған іс-шаралар жүйесін электродтық естуді протездеу түрі;

      6) кохлеарлық имплантқа арналған сөйлеу процессоры – кохлеарлық имплантқа берілетін механикалық табиғаттың дыбыс толқынын электрлік импульсқа айналдыратын күрделі электрондық медициналық құрылғы (бұдан әрі – сөйлеу процессоры);

      7) күрделi протездiк-ортопедиялық құралдар – корсеттер, аппараттар, туторлар, обтураторлар, жамбасты мүшелегендегі, қол мен аяқтың қысқа және ұзын тұқылдарындағы протездер, қатты бекiтiлетiн протездер және күрделi ортопедиялық аяқкиiмдi қоса алғанда, басқа да протездiк-ортопедиялық құралдар;

      8) мiндеттi гигиеналық құралдар – табиғи физиологиялық қажеттiлiктер мен мұқтаждықтарды қанағаттандыруға арналған құралдар;

      9) протездiк-ортопедиялық көмек – мүгедектердi протездiк-ортопедиялық құралдармен қамтамасыз ету жөнiндегi медициналық-техникалық көмектiң мамандандырылған түрi және оларды пайдалануды үйрету;

      10) протездiк-ортопедиялық құралдар – қол мен аяқты немесе дененiң басқа да мүшелерін алмастыратын, аурудың немесе денсаулықтың бұзылуы салдарынан организмнiң бұзылған немесе жоғалтқан функцияларының орнын толтыратын құралдар;

      11) сурдотехникалық құралдар – есту кемiстіктерiн түзеуге және олардың орнын толтыруға арналған техникалық құралдар, оның iшiнде байланыс пен ақпарат берудi күшейтетін құралдар;

      12) техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдар – протездiк-ортопедиялық және сурдо-тифлотехникалық құралдар мен мiндеттi гигиеналық құралдар;

      13) тифлотехникалық құралдар – мүгедектердiң көру кемiстiгi нәтижесiнде жоғалтқан мүмкiндiктерiн түзеуге және олардың орнын толтыруға бағытталған құралдар;

      14) ұсақ протездiк-ортопедиялық құралдар – обтураторлар, бандаждар, қолды ұстағыштар, супинаторлар, пронаторлар, балалардың емдеу бұйымдары.

      3. Жұмыс берушінің кiнәсiнен жұмыста мертiгуге ұшыраған немесе кәсiптiк ауруға шалдыққан мүгедектер ОЖБ-ға сәйкес протездiк-ортопедиялық көмекпен, сурдотехникалық, тифлотехникалық құралдармен, мiндетті гигиеналық құралдармен Қазақстан Республикасының заңнамасына сай жұмыс берушінің қаражаты есебiнен қамтамасыз етіледi.

      4. Жұмыс берушінің-жеке кәсіпкердің қызметі тоқтатылған немесе заңды тұлға таратылған жағдайда жұмыс берушінің кiнәсiнен жұмыста мертiгуге ұшыраған немесе кәсiптiк ауруға шалдыққан мүгедектерге протездiк-ортопедиялық көмек, сурдотехникалық, тифлотехникалық құралдар, мiндетті гигиеналық құралдар мемлекеттік бюджет қаражаты есебiнен қамтамасыз етіледi.

      5. Мүгедектерге техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдар және арнаулы жүріп-тұру құралдары сату және басқа адамға беру құқығынсыз беріледі.

**2-тарау. Мүгедектерді протездiк-ортопедиялық көмекпен қамтамасыз ету тәртібі**

**1-параграф. Протездiк-ортопедиялық құралдарға тапсырыстарды ресiмдеу және оларды беру тәртiбi**

      6. Мүгедектерді протездік-ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету мүгедектің немесе оның заңды өкілінің не мүгедектіктен сенімхат алған адамның өтініші (бұдан әрі – өтініш беруші) негізінде Қазақстан Республикасының Мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен немесе Әлеуметтік қызметтер порталы (бұдан әрі - Портал) арқылы осы Қағидалардағы 1-қосымшаға сәйкес медициналыө-әлеуметтік көрсетілімдер мен қарсы көрсетілімдерге, халықты әлеуметтік қорғау саласындағы уәкілетті органның аумақтық бөлімшелерімен әзірленген оңалтудың жеке бағдарламасына (бұдан әрі – ОЖБ) сәйкес жүзеге асырылады.

      7. Протездiк-ортопедиялық көмек протездеу, мүгедектердi протездiк-ортопедиялық құралдармен қамтамасыз ету бойынша медициналық қызметтер көрсетуден, сондай-ақ оларды пайдалануды үйретуден тұрады.

      8. Тұрғылықты жері бойынша Нұр-Сұлтан қаласының жұмыспен қамту және әлеуметтік қорғау басқармасына, Алматы қаласының Әлеуметтік әл-ауқат басқармасына, Шымкент қаласының жұмыспен қамту және әлеуметтік қорғау басқармасына (бұдан әрі – қалалық басқармалар) немесе қалалық, аудандық жұмыспен қамту және әлеуметтік бағдарламалар бөлімдеріне (бұдан әрі – жұмыспен қамту бөлімдері) осы Қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес нысан бойынша оңалтудың жеке бағдарламасының әлеуметтік бөлігіне сай оңалту құралдары мен қызметтерін ұсынуға өтініш (бұдан әрі – өтініш) және сәйкестендіру үшін жеке басын куәландыратын құжатты береді.

      9. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері өтінішті қабылдау кезінде мүгедектің жеке сәйкестендіру нөмірі бойынша "электрондық үкімет" шлюзі арқылы мемлекеттік органдардың және (немесе) ұйымдардың ақпараттық жүйелеріне (бұдан әрі – ақпараттық жүйелер) мынадай:

      1) жеке басын куәландыратын құжат туралы;

      2) мүгедектікті белгілеу туралы;

      3) ОЖБ-да әзірленген іс-шаралар туралы мәліметтерді алу үшін сұрау салуды қалыптастырады.

      Еңбек жарақатын алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедектер протездік-ортопедиялық көмек алуға өтініш берген жағдайда қосымша мынадай:

      1) мүгедектікке алып келген өндірістегі жазатайым оқиға туралы;

      2) кінәсінен еңбек жарақатын алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан жұмыс беруші-жеке кәсіпкер қызметінің тоқтатылғаны немесе заңды тұлғаның таратылғаны туралы мәліметтер сұратылады.

      10. Ақпараттық жүйелерде мәліметтер болмаған жағдайда өтінішке мынадай құжаттар қоса беріледі:

      1) мүгедектің жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі;

      2) заңды өкілдің немесе сенімхат алған адамның жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі – көрсетілген адамдар өтініш берген кезде;

      3) мүгедектік туралы анықтаманың көшірмесі;

      4) еңбек қызметімен байланысты жазатайым оқиға туралы актінің және жұмыс беруші-жеке кәсіпкер қызметінің тоқтатылғаны немесе заңды тұлғаның таратылғаны туралы құжаттың көшірмесі – жұмыс беруші-жеке кәсіпкердің қызметі тоқтатылған немесе заңды тұлға таратылған жағдайларда, еңбек жарақатын алған және (немесе) кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедек өтініш берген кезде;

      5) ОЖБ-дан үзіндінің көшірмесі.

      Ұлы Отан соғысының қатысушылары, мүгедектері және жеңілдіктер мен кепілдіктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедектеріне теңестірілген адамдар өтінішке Ұлы Отан соғысының қатысушысының, мүгедегінің немесе жеңілдіктер мен кепілдіктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедегіне теңестірілген адамның куәлігін қоса береді.

      Құжаттар салыстырып тексеру үшін түпнұсқаларда және көшірмелерде ұсынылады, кейіннен құжаттардың түпнұсқалары өтініш берушіге қайтарылады.

      11. Өтінішті қабылдаған қалалық басқарманың, жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініш берушіден қабылданатын құжаттар топтамасының толықтығын, өтініш беруші осы Қағидалардың 10-тармағына сәйкес ұсынған құжаттардың электрондық көшірмелерінің түпнұсқаларға сәйкес келуін қамтамасыз етеді.

      12. Қалалық басқарманың, жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініштегі деректерді, сондай-ақ ОЖБ-ның орындалуы не орындалмауы жөніндегі деректерді "Е-Собес" автоматтандырылған ақпараттық жүйесіне (бұдан әрі – "Е-Собес" ААЖ) енгізеді. ОЖБ іс-шараларын Портал арқылы іске асырылған кезде "Е-Собес" автоматтандырылған ақпараттық жүйесінде орындалу автоматты түрде қойылады.

      Құжаттар топтамасы сәйкес келген жағдайда, оларды қабылдаған күннен бастап он жұмыс күні ішінде Жұмыспен қамту бөлімдері өтініш берушіге протездік-ортопедиялық көмек ұсыну үшін құжаттарды ресімдеу туралы еркін нысандағы хабарлама жібереді. Жұмыспен қамту өтініште ОЖБ өтінішінің негізінде протездік-ортопедиялық құралдары көрсетіле отырып, олардың тізбесі мен санын Портал арқылы немесе Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес қажеттілікті қалыптастырады.

      13. Протездік-ортпедиялық көмекті көрсету Портал арқылы немесе Қазақстан Республикасының мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс туралы және мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады.

      Протездік-ортопедиялық көмекті Портал арқылы алу үшін өтініш беруші Заңның 32-2-бабына сәйкес http://aleumet.egov.kz электронды-цифрлы қолтаңба арқылы Порталда тіркеледі.

      Өтініш берушіде интернет ресрутың болмау жағдайында өтініш беруші "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімдеріне, жұмыспен қамту орталықтарына немесе жұмыспен қамту бөлімдеріне жүгінеді.

      Өтініш беруші Порталда өзінің қажеттіліктерінің талаптарын ескере отырып, протездік-ортопедиялық көмекті көрсету туралы шарт жасалатын өнім берушіні таңдайды.

      14. Мүгедектерді, Ұлы Отан соғысының қатысушылары мен мүгедектерiн, сондай-ақ жеңілдiктер мен кепілдiктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедектерiне теңестірiлген адамдарды протездiк-ортопедиялық құралдармен қамтамасыз ету, сондай-ақ оларды жөндеу мемлекеттік бюджет қаражатының есебінен жүргiзіледi.

      15. Облыстық басқармалар, қалалық басқармалар мен жұмыспен қамту бөлімдері протездiк-ортопедиялық көмекке мұқтаж және осы көмектi мемлекеттік бюджет қаражаты есебiнен алған мүгедектердiң есебiн жүргiзедi. Облыстық басқармалар (қалалық басқармалар) облыстардың, астананың және республикалық маңызы бар қалаларының денсаулық сақтау басқармаларымен бірлесіп мүгедектердi протездiк-ортопедиялық көмек алуға жiберу жұмысын ұйымдастырады.

      Мүгедектердi қайта протездеуге жiберу не протездiк-ортопедиялық аяқкиiммен қамтамасыз ету протездердi және басқа да протездiк-ортопедиялық құралдарды ауыстырудың осы Қағидаларда белгіленген мерзiмдерінде жүргізіледi.

      16. Протездік-ортопедиялық көмекке мұқтаж мүгедектердің тапсырыстарын мемлекеттік сатып алу туралы Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес облыс (қала) басқармасымен анықталған немесе Портал арқылы таңдалған өнім беруші (бұдан әрі – өнім беруші) жүзеге асырады.

      Тапсырыстың сипаты мен түрiне қарай өнім беруші мүгедектi стационарлық протездеу үшін шақырып алудың қажеттігiне тапсырысты оның қатысуынсыз орындау туралы шешiм қабылдайды. Шақыру алдын ала жiберiледi.

      17. Мүгедектерден үйде тапсырыстар қабылдау олардың өз қаражаты есебінен жүзеге асырылады.

      18. Протездеуге келген мүгедектер өнім берушiге:

      1) Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес қамтамасыз ету кезінде облыстық басқарманың (қалалық басқарманың) жолдамасын;

      2) емдеуші дәрiгердiң жолдама-ұсынымын, бастапқы протездеу кезiндегi ауру тарихынан үзiнді көшірмені;

      3) рентген суреттерiн;

      4) мүгедектің жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесін және салыстырып тексеру үшін түпнұсқасын;

      5) кеуде қуысы ағзаларын флюорографиялық зерттеу нәтижелері туралы дәрігердің қорытындысын ұсынады.

      19. Өнім беруші барлық протездiк-ортопедиялық құралдарға осы Қағидалардың 3-қосымшасына сәйкес нысан бойынша протездеу картасын және осы Қағидалардың 4-қосымшасына сәйкес нысан бойынша тапсырыс бланкiсiн толтырады. Протездеу картасы тұрақты, тапсырыс бланкiсi 5 жыл сақталады, Портал арқылы қамтамасыз ету кезінде протездеу картасы және тапсырыс бланкісі жеке кабинетте көрсетіледі.

      20. Протездеу картасында протездiк-ортопедиялық құралдың, протездiк-ортопедиялық аяқкиiмнiң алдыңғы берiлген және жөнделген уақыты, сондай-ақ мүгедектiң мемлекеттiк бюджет қаражаты есебiнен протезделу құқығы көрсетіледi.

      21. Тапсырыс бланкiсiне протездiк-ортопедиялық бұйымның құны туралы деректер, адамның мәртебесiн растайтын куәлiктiң нөмiрi, оны кiм және қашан бергенi енгiзіледi.

      22. Мiндетті түрде өлшеп көрудi талап ететiн дайын протездiк-ортопедиялық құрал тапсырыс берушінің жеке өзiне беріледi. Өлшеп көру талап етілмейтiн жағдайларда, алуға сенімхаты болса, бұйымды басқа адамға беруге жол беріледi не ол тапсырыс берушінің тұратын жерiне мемлекеттік бюджет қаражаты есебiнен жiберіледi.

      23. Өнім беруші ай сайын мемлекеттік бюджет қаражаты есебiнен дайындалған протездiк-ортопедиялық құралдар мен протездiк-ортопедиялық аяқкиімнің есебiн жүргiзедi және осы Қағидалардың 5-қосымшасына сәйкес нысан бойынша олардың тiзілiмiн, сондай-ақ ақы төлеу үшін облыстық басқармаға (қалалық басқармаға) ұсынылатын орындалған қызметтердi қабылдап алу-тапсыру актiсiн (еркін нысанда) жасайды.

      Мүгедек өнім берушіні Портал арқылы таңдаған кезде осы Қағидалардың 5-қосымшасына сәйкес нысан бойынша протездік-ортопедиялық құралдарға және протездік-ортопедиялық аяқ-киімге тізілімі, сондай-ақ, көрсетілген қызметтердің беру-алу актісі Порталда өнім берушінің жеке кабинетінде қалыптастырылады.

      24. Күрделi протездiк-ортопедиялық құралдар кезектілік тәртiбiмен, тапсырыстар өндiрiске берiлген күннен бастап 45 жұмыс күнінен асырылмай дайындалады.

      25. Ұсақ протездiк-ортопедиялық құралдар осы тәртіппен, тапсырыстар өндiрiске берiлген күннен бастап 7 жұмыс күнінен асырылмай дайындалады.

      26. Тапсырыс берушінің өлшеп көруге келуiн күту кезiнде бұйымның жатып қалған уақыты протездiк-ортопедиялық құралдың дайындалу мерзiмiне енгiзiлмейдi.

      27. Мүгедектерге протездiк-ортопедиялық аяқкиiмдi жөндеу олардың өз қаражаты есебiнен кезектілік тәртiбiмен жүргiзіледi.

      28. Протездеуге барумен, өнім берушінің медициналық стационарына жатқызумен, протездеу уақытында қамтамасыз етумен байланысты шығыстарды өнім беруші мемлекеттiк бюджет қаражаты есебiнен төлейдi.

      29. Жол жүру (өнім берушіге дейiн және керi қарай) темiр жолда – қатты плацкарт вагон, мүгедектер үшін арнайы вагон тарифi бойынша, су жолдарында – екiншi класс тарифi бойынша, тас немесе топырақты жолдарда – белгіленген тарифтер бойынша, ұсынылған билеттiң немесе темiржол вокзалы, автовокзал, айлақ кассасы берген анықтаманың негiзiнде өтеледі.

      Мүгедектерге жолақы төлеу жылына екi сапардан асырмай жүргізіледі. Бiрiншi топтағы мүгедектер мен мүгедек балаларды ертiп жүрушілерге, бандаждармен қамтамасыз етілуге құқығы бар адамдарға жол шығыстары бiр сапарға ғана өтеледі.

**2-параграф. Протездермен қамтамасыз ету**

      30. Мүгедектер шино-былғары, құрастырмалы протездермен, қазiргi заманғы технологиялар бойынша жасалған протездермен, олардың құрылғыларымен, тұқылдарға кигiзетiн тыстармен, ортопедиялық аппараттармен, салынатын кебiстермен, тiреуiш-протездермен, таяқтармен, балдақтармен, жетек арбалармен қамтамасыз етіледi.

      31. Қолдың және аяқтың негiзгi протезi берiлгенге дейiн мүгедектер медициналық көрсетілімдері бойынша кию мерзiмi 6 айдан аспайтын оқу-жаттығу протездерiмен қамтамасыз етіледi.

      Мүгедектер құрылғылы жұмыс протездерiмен өздерiнiң қалауы бойынша бұйымның негiзгi түрiмен бiр мезгiлде қамтамасыз етіледi.

      32. Шино-былғары, құрастырмалы протездер, ортопедиялық аппараттар олар жарамсыздыққа ұшырағаннан кейiн, бiрақ алынған күнінен бастап кемiнде 1 жылдан кейiн ауыстырылады.

      33. Қазiргi заманғы технологиялар бойынша дайындалған аяқ және қол протездерінiң құрамындағы құрастырушы түйiндер мен бұйымдарды ауыстыру, олар алынған күннен бастап кемiнде 3 жылдан, мүгедек балалар үшiн – кемiнде 2 жылдан кейiн;

      құрастырушы түйiндер мен электрондық тізе модулі бар бұйымдарды алмастыру, олар алынған күннен бастап кемінде 5 жылдан кейін жүргізіледі;

      синтетикалық шайырлар негiзiнде дайындалған косметикалық қаптау, табандар, қабылдау гильзасы, тыстарды ауыстыру – 1 жылға дейiн;

      кеуде безi протездерiн, жетек арбаларды ауыстыру – олар алынған күнiнен бастап 2 жылдан кейiн, таяқшалар мен балдақтарды кемiнде 1 жылдан кейін жүргiзіледi.

      34. Аяқ немесе қолдың екi протезiн (негiзгі және қосалқы немесе негiзгi және жұмыс протезi) бiр мезгілде алған мүгедектерге оларды ауыстыру кемiнде екi кию мерзiмі өткеннен кейiн жүргiзіледi.

      35. Аяқ протездерiн беру кезiнде жыл сайын әрбiр протезге 3-тен тұқыл тысы беріледi. Кеуде безi протездерi екi iшкиiм (бюстгалтер) жиынтығымен бiрге беріледi.

      36. Егер кию мерзiмi өткеннен кейiн протез жарамды жай-күйде болса және мүгедек келесi кию мерзiмi өткенге дейін жаңа протезге тапсырыс бергісi келмесе, оған осы кезеңге бiр протездi пайдалану есебiнен белгіленген санда тыстар беріледi.

      37. Протездердi, оның iшiнде жаңа модельдерін мерзiмiнен бұрын ауыстыру, сондай-ақ оларды кию мерзiмiн ұзарту, жөндеу туралы, шино-былғары протездерден құрастырмалы протездерге, жаңа (заманауи) технологиялар бойынша дайындалған электрондық модульдері бар протездерге өту туралы шешімді комиссия қабылдайды және өнім беруші жасайтын тиiстi актінің негiзiнде жүргiзіледі. Комиссия өнім берушiнің кінәсiнен бұйымның сапасыз жасалу фактісiн анықтаған кезде, ақауды жөндеу соның қаражаты есебiнен жүзеге асырылады.

**3-параграф. Ортопедиялық аяқкиiммен қамтамасыз ету**

      38. Мүгедектер ортопедиялық аяқкиімнiң мынадай түрлерiмен: күрделi, шамалы күрделi, протездерге және ортопедиялық аппараттарға арналған аяқкиiммен қамтамасыз етіледi.

      Күрделi ортопедиялық аяқкиiм аяқ 3 см-ге және одан да жоғары қысқартылғанда, паралитикалық, варустық, эквиноварустық, вальгустық, жазық вальгустық және қуыс табандық, маймақ аяқтық, шораяқтық, табанның Шопар, Гритти, Лисфранк және Пирогов әдiсi бойынша кесiлген тұқылы кезiнде жасалады.

      Шамалы күрделi ортопедиялық аяқкиiм аяқ 3 см-ге дейiн қысқартылғанда, табан сүйектерiнің басы үлкейгенде, ұзына бойы және көлденең жалпақ табандық, башайлар шүрiппе және балға тәрiздес болғанда, өкше сүйегіне темiр орнатылғанда және табанның өзге де паталогиясы кезiнде жасалады.

      39. Күрделi ортопедиялық аяқкиiм (етіктен басқа):

      1) Ұлы Отан соғысының қатысушыларына, мүгедектерiне, сондай-ақ жеңiлдiктер мен кепiлдiктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедектерiне теңестiрiлген адамдарға екі жұп (жазғы немесе қысқы) тапсырыс берiлген сәттен бастап есептегенде, бiр жыл пайдалану мерзiмiмен;

      2) бiрiншi және екiншi топтағы мүгедектерге жылына бiр жұп мөлшерiнде (жазғы немесе қысқы);

      3) мүгедек балаларға – жылына екі жұп (жазғы және қысқы) беріледi.

      40. Ұлы Отан соғысының мүгедектерiне және жеңілдiктер мен кепілдiктер бойынша оларға теңестірiлген адамдарға екi қолы бiрдей кесiлгенде не екi қолының функциялары күрт төмендегенде не омыртқа жотасы зақымданғанда, сондай-ақ жамбас-сан буындарындағы анкилоздар кезінде бүйiрлік резеңкелерi бар аяқкиiм беріледi.

      41. Жалпы аурудан және бала жасынан болған үшiншi топтағы мүгедектерге күрделi ортопедиялық аяқкиiм (жазғы немесе қысқы) 50 пайыздық құн жеңілдiгімен беріледi.

      42. Ортопедиялық аяқкиiм дайындау технологиясында көзделгендерден тыс қызметтер мен жұмыстарға (өрнектi тiгiс, микросаңылаулы ұлтан, сыздықты әрлеу, үлбiрлi жылылық не басқа да жақсартылған әрлеу), дайындау жеделдігіне Ұлы Отан соғысының қатысушылары мен мүгедектерiн, сондай-ақ жеңілдiктер мен кепiлдiктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедектерiне теңестірiлген адамдарды және мүгедек балаларды қоспағанда, тапсырыс берушілер ақы төлейдi.

**4-параграф. Протездерге арналған аяқкиiммен қамтамасыз ету**

      43. Ұлы Отан соғысының қатысушыларына, мүгедектерiне, сондай-ақ жеңiлдiктер мен кепiлдiктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедектерiне теңестірiлген адамдарға тапсырыс берілген сәттен бастан есептегенде, 1 жыл кию мерзiмiмен протездерге арналған бiр жұп аяқкиiм беріледi.

      Мүгедек балаларға – тапсырыс берiлген сәттен бастап 1 жыл кию мерзiмiмен екi жұп (жазғы және қысқы мауыты) аяқкиiм беріледi.

      44. Бiрiншi және екiншi топтағы мүгедектерге протездерге арналған аяқкиiмнің бiр жұбы құнының 50 пайыздық жеңiлдiгiмен беріледi.

      Үшіншi топтағы мүгедектерге мұндай аяқкиiм олардың өз қаражаты есебiнен дайындалады.

      45. Жеңiлдiкпен не тегiн протездеуге құқығы бар мүгедектер бiр аяғы кесiлген кезде белгiленген тәртiппен сау аяғына жартылай жұп аяқкиiммен қамтамасыз етіледi.

      46. Мүгедектерге ортопедиялық немесе протездiк бәтеңкелердiң орнына, олардың қалауы бойынша, өз қаражаты есебiнен етiктер дайындалады. Бұл жағдайда тапсырыс берушілерге бәтеңке жасауға көзделген сомада етiктің құнына жеңiлдiк беріледi.

**5-параграф. Емдеу-профилактикалық протездiк-ортопедиялық құралдармен қамтамасыз ету**

      47. Пайдалану мерзiмi 1 жыл емдеу-профилактикалық протездiк-ортопедиялық құралдармен:

      1) Ұлы Отан соғысының қатысушылары, мүгедектерi, сондай-ақ жеңілдiктер мен кепiлдiктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедектерiне теңестірiлген адамдар;

      2) мүгедек балалар қамтамасыз етіледi.

      48. Жалпы аурудан және бала жасынан болған бiрiншi және екiншi топтағы мүгедектер, егер олар бұл азаматтарды мүгедектiкке әкеп соқтырған ауруды не жарақатты емдеуге арналса, емдеу-профилактикалық протездiк-ортопедиялық құралдармен 1 жыл пайдалану мерзiмiмен 50 пайыздық жеңiлдікпен қамтамасыз етіледi.

**6-параграф. Өзге протездiк-ортопедиялық құралдармен қамтамасыз ету**

      49. Жейде киюге арналған құрылғы, колготки киюге арналған құрылғы, шұлық киюге арналған құрылғы, түйме тағуға арналған құрылғы (ілмек), белсенді ұстағыш, ыдыс-аяқты ұстауға арналған ұстағыш, қақпақтарды ашуға арналған ұстағыш, кілтке арналған ұстағыш 5 жылдан бұрын ауыстырылмайды.

**3-тарау. Мүгедектерді техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету тәртібі**

**1-параграф. Техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдарға тапсырыстарды ресімдеу және оларды беру тәртібі**

      50. Мүгедектер техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдармен өтініштер және халықты әлеуметтiк қорғау саласындағы уәкiлеттi органның аумақтық бөлiмшесi осы Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес медициналық-әлеуметтік көрсетілімдер мен қарсы көрсетілімдерге сай әзірлеген ОЖБ негізінде қамтамасыз етіледі.

      51. Техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдарға мұқтаж мүгедектер немесе олардың заңды өкілдері не мүгедектен сенімхат алған адамдар (бұдан әрі – өтініш беруші) тұрғылықты жері бойынша қалалық басқармаларға немесе жұмыспен қамту бөлімдеріне осы Қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес нысан бойынша өтініш және сәйкестендіру үшін жеке басын куәландыратын құжатты береді.

      52. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері өтінішті қабылдау кезінде мүгедектің жеке сәйкестендіру нөмірі бойынша "электрондық үкімет" шлюзі арқылы мемлекеттік органдардың және (немесе) ұйымдардың ақпараттық жүйелеріне (бұдан әрі – ақпараттық жүйелер) мынадай:

      1) жеке басын куәландыратын құжат туралы;

      2) мүгедектікті белгілеу туралы;

      3) ОЖБ-да әзірленген іс-шаралар туралы мәліметтерді алу үшін сұрау салуды қалыптастырады.

      Еңбек жарақатын алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедектер протездік-ортопедиялық көмек, тифлотехникалық құралдар, міндетті гигиеналық құралдар алуға өтініш берген жағдайда қосымша мынадай:

      1) мүгедектікке алып келген өндірістегі жазатайым оқиға туралы;

      2) кінәсінен еңбек жарақатын алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан жұмыс беруші-жеке кәсіпкер қызметінің тоқтатылғаны немесе заңды тұлғаның таратылғаны туралы мәліметтер сұратылады.

      53. Ақпараттық жүйелерде мәліметтер болмаған жағдайда өтінішке мынадай құжаттар қоса беріледі:

      1) мүгедектің жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі;

      2) заңды өкілдің немесе сенімхат алған адамның жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі – көрсетілген адамдар өтініш берген кезде;

      3) мүгедектік туралы анықтаманың көшірмесі;

      4) еңбек қызметімен байланысты жазатайым оқиға туралы актінің және жұмыс беруші-жеке кәсіпкер қызметінің тоқтатылғаны немесе заңды тұлғаның таратылғаны туралы құжаттың көшірмесі – жұмыс беруші-жеке кәсіпкердің қызметі тоқтатылған немесе заңды тұлға таратылған жағдайларда, еңбек жарақатын алған және (немесе) кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедек өтініш берген кезде;

      5) ОЖБ-дан үзіндінің көшірмесі.

      Ұлы Отан соғысының қатысушылары, мүгедектері және жеңілдіктер мен кепілдіктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедегіне теңестірілген адамдар өтінішке Ұлы Отан соғысының қатысушысының, мүгедегінің немесе жеңілдіктер мен кепілдіктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедегіне теңестірілген адамның куәлігін қоса береді.

      Құжаттар салыстырып тексеру үшін түпнұсқаларда және көшірмелерде ұсынылады, кейіннен құжаттардың түпнұсқалары өтініш берушіге қайтарылады.

      54. Өтінішті қабылдаған қалалық басқарманың, жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініш берушіден қабылданатын құжаттар топтамасының толықтығын, өтініш беруші осы Қағидалардың 53-тармағына сәйкес ұсынған құжаттардың электрондық көшірмелерінің түпнұсқаларға сәйкес келуін қамтамасыз етеді.

      55. Қалалық басқарманың, жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініштегі деректерді, сондай-ақ ОЖБ-ның орындалуы не орындалмауы жөніндегі деректерді "Е-Собес" автоматтандырылған ақпараттық жүйесіне енгізеді. ОЖБ іс-шараларын Портал арқылы іске асыру кезінде "Е-Собес" ААЖ орындалуы автоматты түрде қойылады.

      Құжаттар топтамасы сәйкес келген жағдайда, оларды қабылдаған күннен бастап он жұмыс күні ішінде Жұмыспен қамту бөлімдері өтініш берушіге техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдарды беру үшін құжаттарды ресімдеу туралы еркін нысандағы хабарлама жібереді. Жұмыспен қамту өтініште ОЖБ өтінішінің негізінде техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдарды көрсетіе отырып, олардың тізбесі мен санын Портал арқылы немесе Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес қажеттілікті қалыптастырады.

      Протездік-ортпедиялық көмекті көрсету Портал арқылы немесе Қазақстан Республикасының мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс туралы және мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады.

      Техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдарды Портал арқылы алу үшін өтініш беруші Заңның 32-2-бабына сәйкес http://aleumet.egov.kz электронды-цифрлы қолтаңба арқылы Порталда тіркеледі.

      Өтініш берушіде интернет ресрутың болмау жағдайында өтініш беруші "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімдеріне, жұмыспен қамту орталықтарына немесе жұмыспен қамту бөлімдеріне жүгінеді.

      Өтініш беруші Порталда өзінің қажеттіліктерінің талаптарын ескере отырып, техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдарды беру туралы шарт жасалатын өнім берушіні таңдайды.

**2-параграф. Сурдотехникалық құралдармен қамтамасыз ету тәртібі**

      56. Мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен мүгедектер, Ұлы Отан соғысының қатысушылары мен мүгедектері, сондай-ақ жеңілдіктер мен кепілдіктер бойынша Ұлы Отан соғысының мүгедектеріне теңестірілген адамдар сурдотехникалық құралдармен қамтамасыз етіледі.

      57. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері өтiнiштердiң және ОЖБ негiзiнде сурдотехникалық құралдарға қажеттілiкті олардың тiзбесi мен санын көрсете отырып қалыптастырады.

      Облыстық басқарма жұмыспен қамту бөлімдері ұсынған қажеттілік негізінде сурдотехникалық құралдардың тізбесі мен санын көрсете отырып, оларға жиынтық қажеттілікті облыс бойынша айқындап, сурдотехникалық құралдарды сатып алуды мемлекеттік сатып алу туралы Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүзеге асырады.

      58. Жұмыспен қамту бөлімдері сурдотехникалық құралдарды бергеннен кейін бір ай ішінде мүгедектің тегiн, атын, әкесiнiң атын (бар болса), туған күнін, тұрғылықты жерінің мекенжайын, алған сурдотехникалық құралдың атауын, берілген күнін, сондай-ақ алған адамның қолын көрсете отырып, сурдотехникалық құралдар алған мүгедектердің тізімдерін облыстық басқармаға ұсынады.

      Мүгедекпен өнім беруші Портал арқылы таңдалған кезде естуді протездеу (есту аппаратын таңдау және беру) қызметтерін көрсету тізілімі, сондай-ақ орындалған қызметтердің беру-алу актісі Порталдағы өнім берушінің жеке кабинетінде қалыптастырылады.

      59. Облыстық басқарма (қалалық басқарма) тізімдердің негізінде:

      1) есту аппараттары (естуді протездеу) бойынша қажеттілікті айқындайды;

      2) есту аппаратарын алу және теңшеу бойынша мүгедектерге жолдама беру жұмысын ұйымдастырады.

      Естуді протездеу, қалған есту қабілетін электроакустикалық түзету балалардың, ересек адамдардың ерекшелiктерi ескеріле отырып, оларды есту аппаратына бейiмделуге мiндетті түрде үйрете отырып, сондай-ақ оны қолдану және ұзақ пайдалануға дағды алдыра отырып жүргiзіледі.

      60. Мемлекеттік сатып алу туралы Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес облыстық басқарма (қалалық басқарма) айқындайтын, тиiсті материалдық-техникалық базасы мен мамандары бар, қазiргi заманғы есту аппараттарын таңдау және беру арқылы медициналық-әлеуметтiк оңалту, естудiң жай-күйiн байқау мақсатында естуді протездеу көмегiн көрсетуге, есту аппараттарына техникалық қызмет көрсетуге маманданған ұйым (бұдан әрi – ұйым) есту аппараттарымен, жиынтықты бұйымдармен, қосалқы бөлшектермен, оларды қоректендiру көздерiмен қамтамасыз етудi, сурдологиялық тексерудi, естудi протездеу көмегiн, есту аппараттарын таңдауды, олардың техникалық сипаттамаларға сәйкестiгiне қорытынды берудi, сервистiк қызмет көрсетудi, жөндеудi жүргiзедi.

      Порталда өтініш беруші есту протездеуді (есту аппараттарын таңдау және беру) жүргізетін өнім берушіні өзі таңдайды.

      61. Ұйым осы Қағидаларға 6-қосымшаға сәйкес нысан бойынша есту аппараттарын (есту протездеу) орнату және теңшеу бойынша көрсетілген қызметтердің ведомостьті қолтырады және облыс (қала) басқармасына ұсынады.

      62. Есту аппараттары Ұлы Отан соғысының қатысушылары мен мүгедектеріне кемiнде 3 жылдан кейiн және мүгедектердiң қалған санаттарына 4 жылдан кейiн ауыстырылады.

      63. Ұйым Ұлы Отан соғысының мүгедектерi мен қатысушыларына 3 жылда бiр рет, мүгедектерге 4 жылда бiр рет есту аппараттарын жөндеудi жүргiзедi, дыбыс өткiзгiш сымдарды, батарейкаларды немесе стандарттық зауыт жинаған аккумуляторларды, медициналық-әлеуметтiк картада берiлген күнін мiндетті түрде белгілеп және алған адамның қолын қойғызып бередi.

      64. Есту аппаратын мерзімінен бұрын қамтамасыз ету шешімі облыстық басқарманың (қалалық басқарманың) тиісті құжаттары негізінде жүргiзедi:

      1) есту қабілеті нашарлаған және есту қабілетін есту аппаратының басқа түрiмен түзеу қажет болғанда;

      2) есту аппараты ұрланған немесе жоғалған жағдайда. Есту аппараты ұрланған жағдайда өтініш берушінің тұрғылықты жерi бойынша ішкі істер органдарынан анықтама ұсынылады.

      65. Веб-камерасы бар ноутбук, көпфункционалды дабылды жүйелер, мәтіндік хабарламалы және хабар қабылдайтын ұялы телефондар, саңырау және нашар еститін адамдарға арналған сағаттар, дауыс шығаратын аппарат, сондай-ақ бұрын орнатылған (ауыстырылған) кохлеарлық импланттарға сөйлеу процессорлары, олар орнатылған (ауыстырылған) күннен бастап кемінде 5 жылдан кейін ауыстырылады.

      66. Қалалық басқарма, жұмыспен қамту бөлімдері осы Қағидаларға 7-қосымшаға сәйкес нысан бойынша кохлеарлық имплантқа сөйлеу процессорын ауыстыру және баптау қызметтерін көрсетуге өтініштерді тіркеу журналын (бұдан әрі – журнал) жүргізеді және мүгедектің тегін, атын, әкесінің атын (бар болса), туған күнін, тұрғылықты жерінің мекенжайын, ОЖБ-ның әзірленген күні мен нөмірін, медициналық ұйымдағы кохлеарлық имплантацияға операция жасалған орынды, сөйлеу процессорының түрін (моделін) көрсете отырып, сөйлеу процессорын ауыстыруға және баптауға мұқтаж кохлеарлық импланты бар мүгедектердің тізімдерін (бұдан әрі – мүгедектердің тізімі) тоқсан сайын, есепті тоқсаннан кейінгі айдың 5-күні қалыптастырады.

      67. Облыстық басқарма (қалалық басқарма) тізімдердің негізінде:

      1) сөйлеу процессорларының санын және түрін (моделін) көрсете отырып, сөйлеу процессорын ауыстыру бойынша қызметке қажеттілікті айқындайды;

      2) сөйлеу процессорын ауыстыру қызметін алу үшін кохлеарлық импланты бар мүгедектерге жолдама беру жұмысын ұйымдастырады.

      68. Ұйым кохлеарлық импланты бар мүгедектерді оларға бұрын орнатылған кохлеарлық имплантпен түрі, моделі және маркасы үйлесетін сөйлеу процессорымен қамтамасыз етеді.

      69. Сөйлеу процессорын ауыстыруға жіберілген кохлеарлық импланты бар мүгедектер (олардың заңды өкілдері) ұйымға:

      1) облыстық басқарманың (қалалық басқарманың) жолдамасын;

      2) мүгедектің жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесін;

      3) мүгедек балаға сөйлеу процессорын ауыстыру қызметін көрсетуге өтініш берілген жағдайда – ата-анасының (қамқоршыларының, қорғаншыларының) бірінің жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесін ұсынады.

      70. Ұйым осы Қағидаларға 8-қосымшаға сәйкес нысан бойынша кохлеарлық имплантқа сөйлеу процессорын ауыстыру және баптау бойынша көрсетілген қызметтердің тізбесін жасайды және облыстық басқармаға (қалалық басқармаға) ұсынады.

      Мүгедек өнім берушіні Портал арқылы таңдаған кезде осы Қағидаларға 8-қосымшаға сәйкес нысан бойынша кохлеарлық имплантқа сөйлеу процессорын ауыстыру және баптау бойынша көрсетілген қызметтердің тізбесі, сондай-ақ көрсетілген қызметтердің беру-өткізу актісі өнім берушінің Порталдағы жеке кабинетінде қалыптастырылады.

      71. Сөйлеу процессорын ауыстыру қызметін көрсетуден мынадай жағдайларда:

      1) егер сөйлеу процессорының осы Қағидалардың 65-тармағында белгіленген ауыстыру мерзімі өтпесе;

      2) осы Қағидалардың 51, 52 және 53-тармақтарында көзделген құжаттардың толық емес топтамасы ұсынылғанда бас тартылады.

      72. Әлеуметтік оңалту шеңберінде есту қабілеті бұзылған мүгедек балаларды кохлеарлық имплантациядан кейін есту-сөйлеуге бейімдеу мемлекеттiк бюджет қаражаты есебiнен күндізгі және (немесе) тәулік бойғы байқау жағдайларында жүргізіледі.

      Есту-сөйлеуге бейімдеу кохлеарлық имплантация бойынша операциядан кейін бірінші үш жыл мерзімінде жүргізіледі.

      Есту-сөйлеуге бейімдеудің бір курсы мынадай жағдайларда:

      1) күндізгі бақылау – 15 жұмыс күнінен аспайтын мерзімде;

      2) тәуліктік бақылау – кемінде күнтізбелік 15 күн ішінде жүргізіледі.

      73. Тәуліктік бақылау жағдайларында есту-сөйлеуге бейімдеуден өтіп жатқан кохлеарлық импланты бар мүгедек бала мен онымен бірге жүретін ата-анасына (заңды өкіліне) тұру үшін үй-жайды жалға алуды және тамақтану шығыстарын, сондай-ақ оларға жылына бiр рет межелі жерге дейін және кері қарай жол жүруге шығыстарды ұйым мемлекеттік бюджеттің жоспарланған қаражаты шеңберінде қамтамасыз етеді.

      Жол жүру темiр жолда қатты плацкарт вагон, мүгедектер үшін арнайы вагон тарифi бойынша, су жолдарында – екiншi класс тарифi бойынша, тас немесе топырақты жолдарда – белгіленген тарифтер бойынша ұсынылған билеттiң немесе темiржол вокзалы, автовокзал, айлақ кассасы берген анықтаманың негiзiнде төленедi.

**3-параграф. Тифлотехникалық құралдармен қамтамасыз ету тәртібі**

      74. Бiрiншi және екiншi топтағы мүгедектер, мүгедек балалар тифлотехникалық құралдармен өтініштердің, ОЖБ негiзiнде қамтамасыз етіледi.

      75. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері өтініштердің және ОЖБ негізінде тифлотехникалық құралдарға қажеттілікті олардың тізбесі мен санын көрсете отырып қалыптастырады.

      76. Облыстық басқарма жұмыспен қамту бөлімдері ұсынған қажеттілік негізінде тифлотехникалық құралдарға облыс бойынша жиынтық қажеттілікті олардың тізбесі мен санын көрсете отырып айқындайды және тифлотехникалық құралдарды сатып алуды мемлекеттік сатып алу туралы Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүзеге асырады.

      77. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлiмдерi тифлотехникалық құралдарды беруді мүгедектің тегiн, атын, әкесiнiң атын (бар болса), туған күнiн, тұратын жерiн, алынған тифлотехникалық құралдың атауын, алған күнiн, алғаны туралы белгіні көрсете отырып тiзiм бойынша жүргiзедi.

      78. Сөйлеу синтезі бар экрандық қол жеткізу бағдарламасымен қамтамасыз етілген ноутбук, оқу машинасы, Брайль жүйесі бойынша жазу құралы, дыбыспен хабар беретін және диктофоны бар ұялы телефон, дыбыс жазбасын шығаруға арналған плейер, нашар көретін адамдарға арналған сағаттар, сөз шығаратын термометр, сөз шығаратын тонометр, тест жолақшалары бар сөз шығаратын глюкометр 5 жылдан бұрын ауыстырылмайды.

      Сөз шығаратын глюкометр жиынтығына кіретін қандағы қант деңгейін анықтауға арналған тест жолақшалары 300 данада сатып алынады.

      Глюкометр жиынтығына кіретін тест жолақшаларын пайдаланғаннан кейін қандағы қант деңгейін анықтауға арналған тест жолақшаларын мүгедектер өз қаражаты есебінен сатып алады.

      Тифлотаяқ, Брайль жүйесі бойынша жазу грифелі 2 жылдан бұрын ауыстырылмайды.

      Көру қабілеті бұзылған мүгедектерге арналған ине сабақтағыштар, тігін инелері 5 жылдан бұрын ауыстырылмайды.

      Рельефті-ноқатты қаріппен жазуға арналған қағаз 1500 парақ мөлшерінде 1 жылдан кем болмайтын мерзімге беріледі.

      Брайль қарпін өз бетімен үйренуге болатын сөйлейтін құрал, Брайль бойынша алмалы-салмалы әліппе мүгедекке бір рет өмір бойына беріледі.

      79. Жұмыспен қамту бөлiмдерi тифлотехникалық құралдар берiлгеннен кейiн бiр ай iшiнде мүгедектiң тегiн, атын және әкесінің атын (бар болса), туған күнін, тұратын жерiн, алған тифлотехникалық құралдың атауын, берілген күнiн, алған адамның қолын көрсете отырып, тифлотехникалық құралдарды алған мүгедектердiң тiзiмдерiн облыстық басқармаға ұсынады.

**4-параграф. Мiндетті гигиеналық құралдармен қамтамасыз ету тәртібі**

      80. Мүгедектер міндетті гигиеналық құралдармен өтініштердің және осы Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес медициналық-әлеуметтік көрсетілімдер мен қарсы көрсетілімдерге сай әзірленген ОЖБ негізінде қамтамасыз етіледі.

      81. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері өтініштер және ОЖБ негізінде міндетті гигиеналық құралдардың тізбесі мен санын көрсете отырып, оларға қажеттілікті қалыптастырады.

      82. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері тоқсан сайын, есепті тоқсаннан кейінгі айдың 5-күні міндетті гигиеналық құралдармен қамтамасыз етілуге тиіс мүгедектер туралы тізімдерді жасайды және міндетті гигиеналық құралдардың тізбесі мен санын көрсете отырып, оларға қажеттілікті қалыптастырады.

      Қалыптастырылған қажеттілік негізінде қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері міндетті гигиеналық құралдарды сатып алуды мемлекеттік сатып алу туралы Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүргізеді.

      83. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлiмдерi міндеттi гигиеналық құралдарды берудi мүгедектің тегін, атын, әкесiнiң атын (бар болса), туған күнiн, тұрғылықты жерiн, алған міндетті гигиеналық құралдың атауын, санын, алған күнiн, алғаны туралы белгiні көрсете отырып тiзiм бойынша жүргiзедi.

      84. Міндетті гигиеналық құралдар мүгедектерге жүгінген айдан бастап беріледі.

      85. Мiндетті гигиеналық құралдар мүгедектерге бiр жылға төмендегідей мөлшерде берiледi:

      1) тiрек-қозғалыс аппараты бұзылған мүгедектерге арналған жөргектер – 730 дана;

      2) несеп-жыныс жүйесi бұзылған мүгедектерге арналған несеп қабылдағыштар – 365 дана;

      3) iшек ауруы бар мүгедектерге арналған нәжiс қабылдағыштар – 365 дана;

      4) сіңіргіш жаймалар (жаялықтар) – 365 дана;

      5) катетер – 12 дана;

      6) Spina bifida диагнозы бар мүгедек балаларға арналған бір рет қолданылатын катетерлер - 2190 дана;

      7) стоманың айналасындағы теріні қорғау және тегістеуге арналған паста-герметик – 12 дана;

      8) қорғаныш крем – 12 дана;

      9) сіңіргіш ұнтақ (опа) – 12 дана;

      10) иісті бейтараптандырғыш – 12 дана;

      11) теріні тазартқыш – 12 дана.

      86. Санитарлық құрылғысы бар кресло-орындық, дәретхана бөлмесіне арналған қайырмалы тіреуіш тұтқалар, жуынатын бөлмеге арналған тұтқалар 4 жылдан бұрын ауыстырылмайды.

      87. Жұмыспен қамту бөлімдерi мiндетті гигиеналық құралдар берiлгеннен кейiн бiр ай iшiнде мүгедектiң тегін, атын, әкесiнің атын (бар болса), туған күнiн, тұрғылықты жерiн, алған мiндетті гигиеналық құралдың атауын, берiлген күнiн, сондай-ақ алғандығына адамның қойған қолын көрсете отырып, гигиеналық құралдарды алған мүгедектердiң тiзiмiн облыстық басқармаға ұсынады.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектердi протездік- ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидаларына 1-қосымша |

**Протездік-ортопедиялық көмек және техникалық көмекші (орнын толтырушы) құралдарды ұсынуға медициналық-әлеуметтік көрсетілімдер мен қарсы көрсетілімдер**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Оңалту құралдардың атауы | Көрсетілімдер | Қарсы көрсетілімдер |
| 1. Протездiк-ортопедиялық құралдар | | | |
| 11.1 | кеуде бездерінің протездері | Кеуде безінің немесе мастэктомиядан кейін оның бөлігінің болмауы | Бұйымдар құрамына кіретін компоненттерді жеке көтере алмаушылық.  Операциядан кейінгі тыртық айналасындағы тері аурулары |
| 11.2 | аппараттар, туторлар | Аурулардың жарақаттардың, даму аномалиясы салдарынан қол-аяқтардың статодинамикалық функцияларының айқын немесе едәуір айқын бұзылуы кезінде буындарды фиксациялау қажеттілігі | Аяқтарға осьтік жүктеменің мүмкін еместігі кезінде, буындардың айқын білінетін сүйек-буын контрактуралары.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 11.3 | балдақтар, таяқтар, жетек арбалар | Аурулардың жарақаттардың, даму аномалиясы салдарынан аяқтардың, жамбас пен омыртқаның, орталық, перифериялық нерв жүйесінің, статодинамикалық функцияларының бұзылуы, сондай-ақ қанайналымы жүйесі, тыныс алу органдары аурулары, несептік-жыныстық жүйе аурулары және зат алмасудың бұзылуы | Қолдардың статодинамикалық функцияларының едәуір айқын бұзылуы.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 11.4 | корсеттер, реклинаторлар, басұстағыштар | Аурулардың жарақаттардың, даму аномалиясы салдарынан омыртқаның статодинамикалық функцияларының бұзылуы | Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 11.5 | бандаждар, емдік белбеулер | Аурулардың жарақаттардың, тірек-қимыл аппараттарының даму аномалиясы, қол-аяқ буындарының ауруы, әр жерде орналасқан грыжаның, ішперде қуысы ағзаларының төмен түсуі салдарынан организмнің статодинамикалық функцияларының бұзылуы | Қысылған, түзелмейтін грыжалар.  Бұйым жасалған материалдарды жеке көтере алмаушылық |
| 11.6 | балалардың профилактикалық шалбаршалары | Сәбилердің сан жамбас буынының дисплазиясы |  |
| 11.7 | жейде киюге арналған құрылғы | Ұсақ моториктердің бұзылуы, бір қолымен (ампутация, бір қолдың айқын білінетін парезі немесе плегиясы) манипуляция жасауға мәжбүр болу, қолдардың деформациясы (анкилоздар, буындардың контрактурасы, жалған буындар) | Екі қолдың жоғары параплегиясы, жоғары ампутациялық туқылы, вестибулярлы-мишықтық айқын бұзылуы және гиперкинетикалық бұзылу.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 11.8 | түйме тағуға арналған құрылғы (ілмек) |
| 11.9 | колготки киюге арналған құрылғы | Екі колдың айқын білінетін тетрапарезі, трипарезі, төменгі параплегия, айқын гемипарезі; айқын парезі; бір қолдың айқын білінетін парезі; айқын білінетін амиостатикалық бұзушылықтар; протездерді пайдаланған кезде қолдардың ампутациялық тұқылдары, қолдардың деформациясы (анкилоздар, буындардың контрактуралары, жалған буындар).  Еңкиюге және аяқ басына қолын жеткізуге мүмкіндігінің болмауы | Екі қолдың жоғары параплегиясы, жоғары ампутациялық туқылы, вестибулярлы-мишықтық айқын бұзылуы және гиперкинетикалық бұзылу.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 11.10 | шұлық киюге арналған құрылғы |
| 11.11 | белсенді ұстағыш | Аурулардың жарақаттардың, даму аномалиясы салдарынан аяқтардың статодинамикалық функцияларының айқын, едәуір айқын бузылуы (кресло-арбаларды пайдалануға әкелетін) | Екі қолдың жоғары параплегиясы, едәуір айқын білінетін жоғары парапарезі және ампутациялық туқылы.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 11.12 | ыдыс-аяқты ұстауға арналған ұстағыш | Бір қолдың ампутациясы, бір қолдың парезі немесе плегиясы. | Екі қолдың жоғары параплегиясы, едәуір айқын білінетін жоғары парапарезі және ампутациялық туқылы.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 11.13 | қақпақтарды ашуға арналған ұстағыш | Аурулардың жарақаттардың, даму аномалиясы салдарынан статодинамикалық функцияларының орташа айқын, айқын, едәуір айқын бұзылуы (айқын, едәуір айқын білінетін трипарез; едәуір айқын білінетін гемипарез; екі қолдың айқын немесе орташа айқын парезі; бір қолдың орташа айқын білінетін парезінің екінші қолдың болмашы парезімен жанама болуы), қолдардың деформациясы (анкилоздар, буындардың контрактуралары, жалған буындар) | Екі қолдың жоғары параплегиясы, едәуір айқын білінетін жоғары парапарезі және ампутациялық туқылы.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 11.14 | кілтке арналған ұстағыш | Қол ұшы контрактурасы | Екі қолдың жоғары параплегиясы, едәуір айқын білінетін жоғары парапарезі және ампутациялық туқылы.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 2. Сурдотехникалық құрылғылар | | | |
| 22.1 | есту аппараттары | III, IV дәрежедегі құлақ мүкістігі | Аудиторлық нейропатиядан басқа ретрокохлеарлық есту паталогиясы; есту қабілетінің орталық бұзылуы |
| 22.2 | веб-камерасы бар ноутбук | Еңбекке қабілетті жастағы мүгедектер, сондай-ақ мүгедек балалар мынадай аурулармен:  IV дәрежедегі екі жақ құлақтың мүкістігі (есту протездеріне жатпайтын немесе тиімсіз есту протездері).  Екі жақ құлақтың кереңдігі (90 дБ астам).  Мылқаулық.  IV дәрежедегі құлақ мүкістігімен ұштасқан кереңдік | Жалғыз көздің немесе 0-0,03-ке түзетілген жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе /және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы.  Кохлеарлық имплантациядан кейінгі жағдай (есту және сөйлеу қабілетіңің дамуы кезінде).  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция |
| 22.3 | көп функционалды дабылды жүйелер | III, IV дәрежедегі екі жақ құлақтың мүкістігі.  Екі жақ құлақтың кереңдігі (90 дБ астам).  Мылқаулық.  III, IV дәрежедегі құлақ мүкістігімен ұштасқан кереңдік | Ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Кохлеарлық имплантациядан кейінгі жағдай (есту және сөйлеу қабілетіңің дамуы кезінде). |
| 22.4 | мәтiндiк хабарламасы және хабарды қабылдау қызметі бар ұялы телефондар | IV дәрежедегі екі құлақтың мүкістігі (есту протезінің тиімсіздігінде).  Екі жақ құлақтың кереңдігі (90 дБ астам).  Мылқаулық.  IV дәрежедегі құлақ мүкістігімен ұштасқан кереңдік | Жалғыз көздең немесе 0-0,03-ке түзетілген жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе /және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы.  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция. Кохлеарлық имплантациядан кейінгі жағдай (есту және сөйлеу қабілетіңің дамуы кезінде). |
| 22.5 | саңырау және нашар еститін адамдарға арналған сағаттар |
| 22.6 | кохлеарлық импланттарға сөйлеу процессорлары | Кохлеарлық имплантациядан кейінгі жағдай |  |
| 22.7 | дауыс шығаратын аппарат | Аурулардың жарақаттардың, даму аномалиясы салдарынан, оның ішінде көмейді алып тастаған кезде сөйлеу органдарының дауыс шығару функцияларының айқын бұзылуы | Абсолюттік медициналық қарсы көрсетілімдері: мылқаулық, бульбарлы синдром.  Салыстырмалы медициналық қарсы көрсетілімдері: кеңірдек аймағындағы ісу процесі, II, III дәрежедегі тыныс алу жеткіліксіздігі бар өқпе аурулары |
| 3. Тифлотехникалық құралдар | | | |
| 33.1 | тифлотаяқтар | 0-0,05-ке түзетілген жалғыз көзінің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар мүгедектер, оның ішінде мүгедек балалар | Қолдардың ампутациялық тұқылдары, қолдардың статодинамикалық функцияларының едәуір айқын бұзылуы.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 33.2 | оқу машиналары | 0-0,03-ке түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру, қабілеті немесе/және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар еңбекке қабілетті жастағы бірінші топ мүгедектері, сондай-ақ мүгедек балалар  Ескерту:  - егер отбасында көру қабілеті бойынша 2 немесе одан да көп мүгедек болса, онда бір оқитын машина беріледі. | Есту протезін қоюға келмейтін IV (71-90 дБ) дәрежедегі екі жақ құлақтың мүкістігі.  Екі жақ құлақтың кереңдігі (90 дБ-дан астам).  Мылқаулық.  Есту протезін қоюға келмейтін IV дәрежедегі мүкістікпен ұштасқан кереңдік.  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 33.3 | сөйлеу синтезі бар экрандық қол жеткізу бағдарламасымен қамтамасыз етілген ноутбук | 0-0,08-ге түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 20 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар еңбекке қабілетті жастағы бірінші, екінші топ мүгедектері, сондай-ақ мүгедек балалар | Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық.  Көзі көрмейтін мылқау |
| 33.4 | Брайль жүйесі бойынша жазу құралы | 0-0,03-ке түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар және қол саусақтарының тактильдік сезімталдығы сақталған Брайль қарпін меңгерген бірінші топ мүгедектері, сондай-ақ мүгедек балалар | Екі қолдың саусақтарының болмауы.  Қолдардың ампутациялық тұқылдары.  Жоғары параплегия.  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 33.5 | Брайль жүйесі бойынша жазу грифелi |
| 33.6 | рельефті-ноқатты қаріппен жазуға арналған қағаз |
| 33.7 | дыбыспен хабар беретін және диктофоны бар ұялы телефондар | 0-0,08-ге түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру  өрісінің 20 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар еңбекке қабілетті жастағы бірінші, екінші топ мүгедектері, сондай-ақ мүгедек балалар | Есту протезін қоюға келмейтін IV (71-90 дБ) дәрежедегі екі жақ құлақтың мүкістігі.  Екі жақ құлақтың кереңдігі (90 дБ-дан астам).  Мылқаулық.  Есту протезін қоюға келмейтін IV дәрежедегі мүкістікпен ұштасқан кереңдік. |
| 33.8 | дыбыс жазбасын шығаруға арналған плейерлер |
| 33.9 | нашар көретін адамдарға арналған сағаттар  - уақытты айтатын  - Брайль қарпі бар сағаттар  - нашар көретін адамдарға арналған сағаттар (жарық түсірілетін, ірі, жеңіл оқылатын цифрлары және тілдері бар) | 0-0,03-ке түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар мүгедектер, оның ішінде мектеп жасындағы мүгедек балалар  0-0,03-ке түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар және қол саусақтарының тактильдік сезімталдығы сақталған Брайль қарпін меңгерген мүгедектер, оның ішінде мектеп жасындағы мүгедек балалар  0,04-0,08-ге түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 20 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар бірінші, екінші топ мүгедектері.  0,19 дейін қоса есептегенде түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 25 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар мектеп жасындағы мүгедек балалар | Есту протезін қоюға келмейтін IV (71-90 дБ) дәрежедегі екі жақ құлақтың мүкістігі.  Екі жақ құлақтың кереңдігі (90 дБ-дан астам).  Мылқаулық.  Есту протезін қоюға келмейтін IV дәрежедегі мүкістікпен ұштасқан кереңдік.  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Екі қолдың саусақтарының болмауы.  Қолдардың ампутациялық тұқылдары.  Жоғары параплегия.  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Екі көздің толық көрмеуі (жарықты сезінбеу).  Екі жақты анофтальм.  Туа біткен рудиментарлық көз алмалары |
| 33.10 | сөз шығаратын термометр | 0,03-ке дейін қоса есептегенде түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті бар 16 жастан асқан мүгедектер | Кереңдік. Есту протезін қоюға келмейтін IV (71-90 дБ) дәрежедегі екі жақ құлақтың мүкістігі.  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 33.11 | сөз шығаратын тонометр | 0,03-ке дейін қоса есептегенде түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті бар, артериалдық гипертензия бойынша "Д" есепте тұрған 16 жастан асқан мүгедектер | Кереңдік. Есту протезін қоюға келмейтін IV (71-90 дБ) дәрежедегі екі жақ құлақтың мүкістігі.  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 33.12 | тест жолақшалары бар сөз шығаратын глюкометр | 0,03-ке дейін қоса есептегенде түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті бар, қант диабеті бойынша "Д" есепте тұрған мүгедектер, оның ішінде мектеп жасындағы мүгедек балалар | Кереңдік. Есту протезін қоюға келмейтін IV (71-90 дБ) дәрежедегі екі жақ құлақтың мүкістігі.  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 33.13 | брайль қарпін өз бетімен үйренуге болатын сөйлейтін құрал | 0-0,03-ке түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар, қол саусақтарының тактильдік сезімталдығы сақталған мүгедектер, оның ішінде мүгедек балалар | Кереңдік. Есту протезін қоюға келмейтін IV (71-90 дБ) дәрежедегі екі жақ құлақтың мүкістігі.  Орташа, ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық, деменция.  Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 33.14 | Брайль бойынша алмалы-салмалы әліппе | 0-0,03-ке түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар, қол саусақтарының тактильдік сезімталдығы сақталған мүгедектер, оның ішінде мүгедек балалар |  |
| 33.15 | көру қабілеті бұзылған мүгедектерге арналған ине сабақтағыштар, тігін инелері | 0-0,03-ке түзетілген жалғыз көздің немесе жақсы көретін көздің көру қабілеті немесе/және көру өрісінің 10 градусқа дейін концентрациялық тарылуы бар мүгедектер, оның ішінде мектеп естияр жасындағы мүгедек балалар | Өзіне-өзі қызмет көрсету және мінез-құлқын бақылау қабілеті шектелген айқын психикалық бұзушылық |
| 4. Міндетті гигиеналық құралдар | | | |
| 54.1 | несеп қабылдағыштар | Қуық стомының болуы | Салыстырмалы медициналық қарсы көрсетілімдер: терінің аллергиялық реациялары |
| 54.2 | нәжіс қабылдағыштар | Ішек стомының болуы | Салыстырмалы медициналық қарсы көрсетілімдер: терінің аллергиялық реациялары |
| 54.3 | жөргектер | 1) аурудан және/ немесе жарақат салдарынан болатын несептің және нәжістің ұстамау түрі бойынша жамбас органдары функцияларының бұзылуына байланысты организм функцияларының статодинамикалық бұзылуы;  2) өз мінез-құлқын бақылаудың бұзылуынан болатын психикалық бұзушылық салдарынан несептің және нәжістің ұстамау;  3) несеп шығару жолдары мен тік ішек жарақаты, омыртқа жұлынының, несеп шығару жүйесі мен асқазан-ішек жолының туа біткен аномалиялары салдарынан несептің және нәжістің ұстамау түрі бойынша жамбас органдары функцияларының бұзылуы | Тері қабаттары бүтіндігінің ауқымды бұзылуы, сондай-ақ сан аралығындағы тері ауруларының болуы.  Бұйымдар жасалған материалдарға аллергиялық реакция |
| 54.4 | сіңіргіш жаймалар (жаялықтар) | 1) аурудан және/ немесе жарақат салдарынан болатын несептің және нәжістің ұстамау түрі бойынша жамбас органдары функцияларының едәуір айқын бұзылуына байланысты организм функцияларының статодинамикалық бұзылуы;  2) өз мінез-құлқын бақылаудың бұзылуынан болатын едәуір айқын психикалық бұзушылық салдарынан несептің және нәжістің ұстамау;  3) үшінші дәрежеде өзіне-өзі қызмет көрсету қабілетінің шектелуіне әкелетін несеп шығару жолдары мен тік ішек жарақаты, омыртқа жұлынының, несеп шығару жүйесі мен асқазан-ішек жолының туа біткен аномалиялары салдарынан несептің және нәжістің ұстамау түрі бойынша жамбас органдары функцияларының бұзылуы | Бұйымдар жасалған материалдарға аллергиялық реакция |
| 54.5 | катетер | Қуықты өздігінен босатуға толық немесе жартылай қабілетсіз болған кезде, эпицистома, нефростома |  |
| 4.5-1 | Spina bifida диагнозы бар мүгедек балаларға арналған бір рет қолданылатын катетерлер | Spina bifida диагнозы бар мүгедек балаларда қуықты өздігінен босатуға толық немесе жартылай қабілетсіз болған кезде |  |
| 54.6 | стоманың айналасындағы теріні қорғау және тегістеуге арналған паста-герметик | Ішперденің алдыңғы жағында ішек, қуық стомаларының немесе ішек жыланкөзінің болуы | Құралдар жасалған компоненттерге аллергиялық реакцияның болуы.  Перистомалды терең жараның, ірің қабынуының болуы |
| 54.7 | қорғаныш крем | Ішек, қуық стомасы, ішек жыланкөзі немесе гастростома айналасындағы теріні қорғауға жеәне күтүге арналған | Құралдар жаслаған компоненттерге аллергиялық реакцияның болуы.  Перистомалды терең жараның, ірің қабынуының болуы |
| 54.8 | сорғыш ұнтақ (опа) | Мацерация, эрозия стадиясындағы перистомальді дерматит болған кезде ішек, қуық стомасы, ішек жыланкөзі немесе гастростома айналасындағы теріні қорғауға жеәне күтүге арналған | Құралдар жаслаған компоненттерге аллергиялық реакцияның болуы.  Перистомалды терең жараның, ірің қабынуының болуы |
| 54.9 | иісті бейтараптандырғыш | Несеп-нәжіс қабылдағыштармен қамтамасыз етілуге көрсетілімдері бар мүгедектерге | Құралдар жаслаған компоненттерге аллергиялық реакцияның болуы |
| 54.10 | теріні тазартқыш | Ішек, қуық стомасының болуы, несепті немесе нәжісті ұстамаудың айқын білінуі,стома айналасындағы немесе сан аралығындағы теріні күтүге және тазалауға арналған | Құралдар жаслаған компоненттерге аллергиялық реакцияның болуы.  Перистомалды терең жараның, ірің қабынуының болуы |
| 54.11 | санитарлық құрылғысы бар кресло-орындық | Аурулары, жарақаттары, даму аномалиясы, оның ішінде омыртқаның, жамбастың, аяқтардың даму аномалиясы, жүру және тұру функциялары айкын бұзылған бірінші топтағы мүгедектер:  төменгі гемиплегия, айқын немесе едәуір айқын білінетін тетрапарез, төменгі парапарез, айқын немесе едәуір айқын білінетін вестибуляторлы-мишық, амиостатикалық, гиперкинетикалық бұзушылықтар, едәуір айқын білінетін атаксия, екі санның немесе жіліншіктің ампутациялық тұқымдары, III дәрежедегі созылмалы артериялық жеткіліксіздігі, III дәрежедегі веналық жеткіліксіздігі бар жүрек-тамыр жүйесі аурулары, III дәрежедегі тыныс алу жеткіліксіздігімен тыныс алу органдары аурулары, функциялары ауыр дәрежеде бұзылған бүйрек аурулары, портальді гипертензия және асцит ауыр немесе күрделі ақыл-ой кемістігі бар психикалық бұзушылық | Мүгедектердің отыру қалпын сақтай алмаушылығы |
| 54.12 | дәретхана бөлмесіне арналған қайырмалы тіреуіш тұтқалар | Кресло-арбалармен қамтамасыз етілуге көрсетілімдері бар мүгедектер | Қолдардың статодинамикалық функциялары едәуір айқын бұзылған, қолдардың ампутациялық тұқымдары |
| 54.13 | жуынатын бөлмеге арналған тұтқалар |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектердi протездік- ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидаларына 2-қосымша |
|  | Нысан |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | жергілікті атқарушы |
|  | органының басшысына |

**Оңалтудың жеке бағдарламасының әлеуметтік бөлігіне сәйкес оңалту құралдары мен қызметтерін ұсынуға өтініш**

      Тегi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Аты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Әкесiнiң аты (бар болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Туған күнi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Мүгедектiгi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Жеке басты куәландыратын құжат түрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Құжаттың нөмірі: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кім берген: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Берілген күні: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ жылы

      Жеке сәйкестендіру нөмірі:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Тұрғылықты тұратын мекенжайы (тіркелген):

      Облыс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      қала (аудан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ауыл: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      көше (шағынаудан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ үй \_\_\_\_\_ пәтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Қызметтер ұсыну үшін құжаттар қабылдауды сұраймын:

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

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

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

      (протездік-ортопедиялық көмек, сурдотехникалық құралдар, тифлотехникалық құралдар, міндетті гигиеналық құралдар, жеке көмекшінің қызметтері, ымдау тілі маманының қызметтері, санаторий- курорттық емделу, кресло-арбалар)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қажетінің асты сызылсын, жазылсын)

      Міндетті гигиеналық құралдар және (немесе) кресло-арбалар ұсынуға өтініш беру кезінде: салмағы \_\_\_\_\_\_ кг., бойы \_\_\_\_\_\_\_\_\_ см., бөксе ауданы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см. жазылу керек.

      Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р/с | Құжаттың атауы | Құжаттағы парақтар дың саны | Ескертпе |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

      Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес оңалту құралдары мен қызметтерін ұсыну үшін құжаттарды ресімдеуге қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге, ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпиядан тұратын мәліметтерді пайдалануға келісім беремін.

      "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жыл.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
      (Өтініш берушінің (заңды өкілінің) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы)   
      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Өтінішті қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы)  
      "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жыл.   
      ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------   
      (қию сызығы)

      Азамат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ өтініші қабылданды.

      Өтініш қабылданған күн "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ жыл.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      (Өтінішті қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектердi протездік- ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидаларына 3-қосымша |

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(ұйымның атауы)*

**Протездік-ортопедиялық бұйымдарға протездеу картасы**

      1. ТАӘ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Туған жылы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Мекенжайы, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Жеке куәлігінің №, кім берген\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Мүгедектік тобы (себебі)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Мүгедектікке дейінгі мамандығы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Қазіргі уақыттағы мамандығы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Жұмыс орны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      9. Тіркеуші\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      10. Диагнозы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      11. Мүгедектің шағымдары\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      12. Анамнез: (болған күндерін көрсете отырып жарақаттың, кеселдің пайда болуын емделуін, қандай және қай жеріне шұғыл түрдегі араласушылық болды, протездік-ортопедиялық бұйымдарды колданды ма, қандайларын) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

      13. Объективті мәліметтер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      14. Тұқыл ұзындығы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      15. Тұқыл пішіні: цилиндрлік, күрзі тәрізді, орта-конусты, өткір-конустық, артық ұлпа, сему (атрофия) (қажеттісің сызыңыз).

      16. Тұқылдың қозғалғыштығы: норма, қозғалысы шектеулі, контрактура (қандай)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      17. Тыртық сызықты, жұлдызды, орталықтанған, алдыңғы, артқы, шеткі, қозғалмалы, жабысып қалған, ауырсынады, ауырсынбайды, келлоидты..

      18. Тұқылдың тері қабаты мен жұмсақ ұлпаларының жай-күйі,: норма, синюшті, ісіп кеткен, ысылған, сызаттар, ойық жара, сүйек тесілген невромдар..

      19 Сүйектің кесілген жері: ауырсынады, ауырсынбайды, біркелкі емес, жайпақ, сүйек өскен.

      20. Сүйектің тірелімдігі: иә, жоқ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дәрігердің қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Тапсырыс берілген күн мен тапсырыс № | Қабылдаған дәрігердің белгілеулері және протездік-ортопедиялық бұйымдарды беру. Арнайы зерттемелер мәліметтері. |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектердi протездік- ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидаларына 4-қосымша |

**Протездік-ортопедиялық бұйымдарға тапсырыс бланкісі**

      1. Тапсырыс № \_\_\_\_\_\_ (бір бұйымға толтырылады)

      2. Толтыру күні 20\_\_ж. "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. ТАӘ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Туған жылы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Жұмыс орны және лауазымы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Мекенжайы, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Белгіленді: шифр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      9. Ерекшеліктер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      10. Протезделушінің салмағы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бойы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шинлары № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Каблуктағы бекіткіш \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Буфер №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Негатив\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дәрігер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ техник-протезист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Тапсырыспен келісемін\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ж. "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(мүгедектің қолы)*

**Негізгі технологиялық операциялар**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Бөлім | Негізгі операциялар | Орындаушының тегі | Бағасы | Орындау күні | Техникалық бақылау бөлімінің белгісі |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Бұйымды дайындау кезеңдері | Жоспарланған күні | Нақты күні |
| Өндіруді бастау |  |  |
| I өлшемге дайындығы |  |  |
| II өлшемге дайындығы |  |  |
| Беруге дайындығы |  |  |

      Мүгедекті шақыру күні

      I өлшемге 20\_\_ж. "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_

      II өлшемге 20\_\_ж. "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_

      Бұйымды алу үшін 20\_\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Бұйымды бағалау**

      Прейскурант, калькуляция бойынша бағасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_теңге

*(қажетін сызыңыз)*

      Прейскурант бойынша қосымша төлем:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Не үшін | Шифр | Баға |
|  |  |  |

      Бағалауды жүргізді 20\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ТАӘ, қолы)*

**Бұйымды төлеу**

      Төлем кімнің есебінен, негізі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Мүгедектен алынды:

      Аванс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_теңге № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ түбіртек

      Қосымша төлеу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_теңге № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ түбіртек

      Барлығы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_теңге

      Ұйымнан алу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_теңге.

**Дайын бұйымды беру**

      Дайын бұйымды беруге рұқсат етілді 20\_\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дәрігер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ техник-протезист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                              (қолы)                               (қолы)

      Берілген ұйымның атауы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ чехолдар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_саны

      Қолғаптар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пара, протездерге арналған аяқ киім\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пара

      басқалары\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Бұйым берілді 20\_\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Бұйымды алдым 20\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ТАӘ, қолы)*

**Жолақысын төлеу туралы белгісі**

      Бір жаққа, екі жаққа (қажетін сызыңыз) бірінші жол-жүруге берілді \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_теңге

      20\_\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Бір жаққа, екі жаққа (қажетін сызыңыз) екінші жол-жүруге берілді \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_теңге

      20\_\_\_ж. "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \* Бір уақытта екі немесе одан да астам дайындалған кезде жол жүру төлемі бір тапсырыста ғана жүргізіледі. Басқа тапсырыстарда төлем жүргізілген тапсырыстың нөміріне сілтеме жасалады.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектердi протездік- ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидаларына 5-қосымша |

**Мемлекеттік бюджет есебінен дайындалған протездік-ортопедиялық құралдарға және протездік-ортопедиялық аяқ-киімге тізілім**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
протездік-ортопедиялық көмекті көрсетуші ұйымның атауы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Тапсырыс | ТАӘ | Тіркелген мекенжайы және телефон | Құжаттар, ОЖБ | Жеңілдіктерге негіздеме, жолдама | Шифр | Саны | Бір бұйымның бағасы | Бұйымның толық құны | Мемлекеттік тапсырыс бойынша үлесі | Пациенттің қосымша төлемі |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектердi протездік- ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидаларына 6-қосымша |
|  | Нысан |

**Есту аппаратын (естуді протездеу) алу және теңшеу бойынша көрсетілген қызметтер ведомосі**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Р/с № | Жүгінген күні | Мүгедектің, мүгедек-баланың тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) | Туған күні | Мүгедектiк (санаты) | Үйінің мекенжайы және телефоны | Есту аппаратын (естуді протездеу) алу және теңшеуге уәкілетті орган жолдамасының берілген күні және нөмірі. Кім жіберді |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

      (кестенің жалғасы)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Есту аппаратын (естуді протездеу) алу және баптау күні | Есту аппаратының құны | Мүгедектің (заңды өкілінің) қолы |
| 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектердi протездік- ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидаларына 7-қосымша |
|  | Нысан |

**Кохлеарлық имплантқа сөйлеу процессорын ауыстыру және баптау бойынша қызмет көрсетуге өтініштерді тіркеу журналы**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Р/с № | КИ бар баланың тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) | Туған күні | Мүгедектiк (санаты) | Үйінің мекенжайы және телефоны | Өтiнiштi қабылдау күні | КИ операция жасалған және/немесе сөйлеу процессорының алдыңғы ауыстырылған күні |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

      (кестенің жалғасы)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Өтiнiштi кім берді | Сөйлеу процессорын ауыстыру қажеттігі туралы қорытындының берілген күні және нөмірі | Сөйлеу процессорының қорытындыда көрсетілген түрі (моделі) | ОЖБ әлеуметтік бөлігі | | |
| Әзірлеу күні | ОЖБ № | ОЖБ іске асыру мерзімі |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

      Ескертпе: Журнал өтiнiштердiң келiп түсу шегіне қарай қатаң дәйектiлiкпен толтырылады.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектердi протездік- ортопедиялық көмекпен және техникалық көмекшi (орнын толтырушы) құралдармен қамтамасыз ету қағидаларына 8-қосымша |
|  | Нысан |

**Кохлеарлық имплантқа сөйлеу процессорын ауыстыру және баптау бойынша көрсетілген қызметтер ведомосі**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Р/с № | Жүгінген күні | КИ бар баланың тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) | Туған күні | Мүгедектiк (санаты) | Үйінің мекенжайы және телефоны | Сөйлеу процессорын ауыстыруға уәкілетті орган жолдамасының берілген күні және нөмірі. Кім жіберді |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

      (кестенің жалғасы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сөйлеу процессорын ауыстыру және баптау бойынша қызмет алған күні | Сөйлеу процессорының түрі (моделі) | Сөйлеу процессорының құны | Мүгедектің (заңды өкілінің) қолы |
| 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2020 жылғы 30 қаңтардағы № 33 бұйрығына 1-қосымша |
|  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 22 қаңтардағы № 26 бұйрығына 4-қосымша |

**Мүгедектердi арнаулы жүріп-тұру құралдарымен қамтамасыз ету қағидалары**

**1-тарау. Жалпы ережелер**

      1. Осы Мүгедектердi арнаулы жүріп-тұру құралдарымен қамтамасыз ету қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Қазақстан Республикасында мүгедектердi әлеуметтік қорғау туралы" 2005 жылғы 13 сәуiрдегі Қазақстан Республикасының Заңына (бұдан әрі – Заң) сәйкес әзiрлендi және мүгедектердi арнаулы жүріп-тұру құралдарымен қамтамасыз ету тәртiбiн айқындайды.

      2. Арнаулы жүріп-тұру құралдары деп мүгедектердiң белсендi және баяу жүріп-тұруы үшiн техникалық көмек көрсету түрi ұғынылады.

      3. Мүгедектерді кресло-арбалармен қамтамасыз ету мүгедектің немесе оның заңды өкілінің не мүгедектіктен сенімхат алған адамның өтініші (бұдан әрі – өтініш беруші) негізінде Қазақстан Республикасының Мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен немесе Әлеуметтік қызметтер порталы (бұдан әрі – Портал) арқылы осы Қағидалардағы 1-қосымшаға сәйкес медициналық-әлеуметтік көрсетілімдер мен қарсы көрсетілімдерге, халықты әлеуметтік қорғау саласындағы уәкілетті органның аумақтық бөлімшелерімен әзірленген оңалтудың жеке бағдарламасына (бұдан әрі – ОЖБ) сәйкес жүзеге асырылады.

      4. Жұмыс берушінің кiнәсiнен еңбек жарақатын алған немесе кәсiптiк ауруға шалдыққан мүгедектер кресло-арбалармен Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жұмыс берушінің қаражаты есебiнен ОЖБ-ға сәйкес қамтамасыз етіледi.

      5. Жұмыс беруші-жеке кәсіпкердiң қызметi тоқтатылған немесе заңды тұлға таратылған жағдайда, жұмыс берушінiң кiнәсiнен еңбек жарақатын алған немесе кәсiптiк ауруға шалдыққан мүгедектерге кресло-арбалар мемлекеттiк бюджет қаражаты есебiнен беріледi.

**2-тарау. Мүгедектердi арнаулы жүріп-тұру құралдарымен қамтамасыз ету тәртібі**

      6. Өтініш беруші тұрғылықты жері бойынша Нұр-Сұлтан қаласының жұмыспен қамту және әлеуметтік қорғау басқармасына, Алматы қаласының әлеуметтік әл-ауқат басқармасына, Шымкент қаласының жұмыспен қамту және әлеуметтік қорғау басқармасына (бұдан әрі – қалалық басқармалар), қалалық, аудандық жұмыспен қамту және әлеуметтік бағдарламалар бөлімдеріне (бұдан әрі – жұмыспен қамту бөлімдері) өтініш және сәйкестендіру үшін жеке басын куәландыратын құжатты береді.

      7. Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері өтінішті қабылдау кезінде мүгедектің жеке сәйкестендіру нөмірі бойынша "электрондық үкімет" шлюзі арқылы мемлекеттік органдардың және (немесе) ұйымдардың ақпараттық жүйелеріне (бұдан әрі – ақпараттық жүйелер) мынадай:

      1) жеке басын куәландыратын құжат туралы;

      2) мүгедектікті белгілеу туралы;

      3) мүгедектікке алып келген өндірістегі жазатайым оқиға туралы (еңбек жарақатын алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедектер үшін);

      4) мүгедектікті белгілеуге кінәлі жұмыс беруші-жеке кәсіпкер қызметінің тоқтатылғаны немесе заңды тұлғаның таратылғаны туралы (еңбек жарақатын алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедектер үшін) мәліметтерді алу үшін сұрау салуды қалыптастырады.

      8. Ақпараттық жүйелерде мәліметтер болмаған жағдайда өтінішке мынадай құжаттар қоса беріледі:

      1) мүгедектің жеке басын куәландыратын құжат;

      2) заңды өкілдің немесе сенімхат алған адамның жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі – көрсетілген адамдар өтініш берген жағдайда;

      3) мүгедектігі туралы анықтаманың көшірмесі;

      4) еңбек қызметімен байланысты жазатайым оқиға туралы актінің және жұмыс беруші-жеке кәсіпкер қызметінің тоқтатылғаны немесе заңды тұлғаның таратылғаны туралы құжаттың көшірмелері – жұмыс беруші-жеке кәсіпкердің қызметі тоқтатылған немесе заңды тұлға таратылған жағдайларда, еңбек жарақатын алған және (немесе) кәсіптік ауруға шалдыққан мүгедек өтініш берген кезде;

      5) ОЖБ-дан үзіндінің көшірмесі.

      Құжаттар салыстырып тексеру үшін түпнұсқаларда және көшірмелерде ұсынылады, кейіннен құжаттардың түпнұсқалары өтініш берушіге қайтарылады.

      9. Қалалық басқарманың, жұмыспен қамту бөлімінің өтінішті қабылдаған маманы өтініш берушіден қабылданатын құжаттар топтамасының толықтығын, өтініш беруші осы Қағидалардың 8-тармағына сәйкес ұсынған құжаттардың электрондық көшірмелерінің түпнұсқаларға сәйкес келуін қамтамасыз етеді.

      10. Қалалық басқарманың, жұмыспен қамту бөлімінің маманы өтініштегі деректерді, сондай-ақ ОЖБ-ның орындалуы не орындалмауы жөніндегі деректерді "Е-Собес" автоматтандырылған ақпараттық жүйесіне енгізеді. ОЖБ-ның іс-шараларын Портал арқылы іске асырған кезде "Е-Собес" ААЖ орындалу автоматты түрде қойылады.

      11. Құжаттар топтамасы сәйкес келген жағдайда, оларды қабылдаған күннен бастап он жұмыс күні ішінде Жұмыспен қамту бөлімдері өтініш берушіге кресло-арбалармен қамтамсыз ету үшін құжаттарды ресімдеу туралы еркін нысандағы хабарлама жібереді. Жұмыспен қамту өтініште ОЖБ өтінішінің негізінде кресло-арбаларды көрсете отырып, олардың тізбесі мен санын Портал арқылы немесе Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сәйкес қажеттілікті қалыптастырады.

      12. Облыстық басқармалар (қалалық басқармалар) кресло-арбаларды сатып алуды мемлекеттік сатып алу туралы Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүзеге асырады.

      13. Кресло-арбаларды ұсыну Портал арқылы немесе мемлекеттік сатып алу туралы Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады.

      14. Кресло-арбаларды Портал арқылы алу үшін өтініш беруші Заңның 32-2-бабына сәйкес http://aleumet.egov.kz электронды-цифрлы қолтаңба арқылы Порталда тіркеледі.

      Өтініш берушіде интернет ресрутың болмау жағдайында өтініш беруші "Азаматтарға арналған үкімет" мемлекеттік корпорациясының бөлімдеріне, жұмыспен қамту орталықтарына немесе жұмыспен қамту бөлімдеріне жүгінеді.

      15. Өтініш беруші Порталда өзінің қажеттіліктерінің талаптарын ескере отырып, кресло-арбаларды ұсыну туралы шарт жасалатын өнім берушіні таңдайды.

      Қалалық басқармалар, жұмыспен қамту бөлімдері кресло-арбаларды беруді мүгедектің тегін, атын, әкесінің атын (бар болса), туған күнін, тұратын жерін, алған кресло-арбаның атауын, алған күнін, алғаны туралы белгіні көрсете отырып тізім бойынша жүргізеді.

      16. Бөлмеде жүріп-тұруға арналған кресло-арбалар мүгедектерге 7 жыл, серуендеуге арналған кресло-арбалар 4 жыл пайдалану мерзіміне берiледi.

      17. Жұмыспен қамту бөлімдері кресло-арбаларды бергеннен кейін бір ай ішінде мүгедектің тегін, атын, әкесінің атын (бар болса), туған күнін, тұрғылықты жерін, алған кресло-арбаның атауын, берілген күнін, алған адамның қолын көрсете отырып, кресло-арба алған мүгедектердің тізімдерін облыстық басқармаға ұсынады.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мүгедектердi арнаулы жүріп- тұру құралдарымен қамтамасыз ету қағидаларына қосымша |
|  | Нысан |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | жергілікті атқарушы |
|  | органының басшысына |

**Оңалтудың жеке бағдарламасының әлеуметтік бөлігіне сәйкес оңалту құралдары мен қызметтерін ұсынуға өтініш**

      Тегi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Аты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Әкесiнiң аты (бар болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Туған күнi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Мүгедектiгi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Жеке басты куәландыратын құжат түрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Құжаттың нөмірі: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кім берген: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Берілген күні: "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ жылы

      Жеке сәйкестендіру нөмірі:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Тұрақты тұратын (тіркелген) жерінің мекенжайы:

      Облыс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      қала (аудан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ауыл: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      көше (шағын аудан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ үй \_\_\_\_\_ пәтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Қызметтер ұсыну үшін құжаттар қабылдауды сұраймын:

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

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

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

      (протездік-ортопедиялық көмек, сурдотехникалық құралдар, тифлотехникалық құралдар, міндетті гигиеналық құралдар, жеке көмекшінің қызметтері, ымдау тілі маманының қызметтері, санаторий-курорттық емделу, кресло-арбалар)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (қажетінің асты сызылсын, жазылсын)

      Міндетті гигиеналық құралдар және (немесе) кресло-арбалар ұсынуға өтініш беру кезінде: салмағы \_\_\_\_\_\_ кг, бойы \_\_\_\_\_\_\_\_\_ см, бөксе ауданы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см жазылу керек.

      Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Р/с | Құжаттың атауы | Құжаттағы парақтар дың саны | Ескертпе |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

      Оңалтудың жеке бағдарламасына сәйкес оңалту құралдары мен қызметтерін ұсыну үшін құжаттарды ресімдеуге қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге, ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын мәліметтерді пайдалануға келісімімді беремін.

      "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жыл.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
            (Өтініш берушінің қолы (заңды өкілінің) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)   
      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Өтінішті қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы)

      "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жыл.

      ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------   
      (қию сызығы)

      Азамат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ өтініші қабылданды.

      Өтініш қабылданған күн "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ жыл.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
      (Өтінішті қабылдаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы және қолы)

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