

"Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу кезінде қалыптастырылатын құжаттардың нысандарын бекіту туралы" Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 21 желтоқсандағы № 983 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2021 жылғы 17 қарашадағы № 425 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2021 жылғы 19 қарашада № 25221 болып тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығымен.

Ескерту. Күші жойылды – ҚР Премьер-Министрінің орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 28.07.2023 № 318 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

БҰЙЫРАМЫН:

1. "Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу кезінде қалыптастырылатын құжаттардың нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 21 желтоқсандағы № 983 бұйрығына (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 12886 болып тіркелген) мынадай өзгерістер енгізілсін:

кіріспесі мынадай редакцияда жазылсын;

"Қазақстан Республикасында мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы" Қазақстан Республикасы Заңының 7-бабы 1-тармағының 6-1) тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**";

1 - тармақтың 1), 8) және 9) тармақшалары алып тасталсын;

осы бұйрықтың 1-қосымшасы алып тасталсын;

2, 3, 4, 5, 6 және 7-қосымшалар осы бұйрыққа 1, 2, 3, 4, 5 және 6-қосымшаларға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

осы бұйрықтың 8 және 9-қосымшалары алып тасталсын.

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

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрық ресми жарияланғаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрық Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтер ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау вице-министрі Р. К. Сәкеевке жүктелсін.

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

*Қазақстан Республикасының
Еңбек және халықты әлеуметтік
қорғау министрі*

С. Шапкенов

Қазақстан Республикасының
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2021 жылғы 17 қарашадағы
№ 425 бұйрығына
1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2015 жылғы 21 желтоқсандағы
№ 983 бұйрығына
2-қосымша
Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Еңбек,
әлеуметтік қорғау және көпі-қон комитетінің _____ бойынша департаменті
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
_____ бөлімінің Мүгедектік және кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу
дәрежесі туралы анықтамаларды есепке алу журналы Журнал учета справок об
нвалидности и степени утраты профессиональной трудоспособности отдела _____
_____**

20 _ жылғы " _ " _____ басталды
20 _ жылғы " _ " _____ аяқталды

**Мүгедектік туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу Учет движения справок
об инвалидности**

(1 - 50 бет)

--	--	--	--	--	--

№	Күні Дата	Мүгедектік туралы анықтаманың сериясы, № Серия, № справки об инвалидности	Саны /Количество		Берілді Выдано		Қалдық (саны) Остаток (количество)
			Алынды Получено	Берілді Выдано	Бөлім Отдел	Алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы Фамилия, и м я , отчество (при его наличии), подпись получателя	
1	2	3	4	5	6	7	8

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу Учет движения справок о степени утраты профессиональной трудоспособности

(50 - 100 бет)

№	Күні Дата	Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы	Саны /Количество		Берілді Выдано		Қалдық (саны) Остаток (количество)
			Алынды Получено	Берілді Выдано	Бөлім Отдел	Алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы Фамилия, и м я , отчество (при его наличии), подпись получателя	
1	2	3	4	5	6	7	8

Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуге тиіс.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ __бет/листа (ов) (жазбаша/прописью)
	Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы. _____ _____

(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись
"___" _____ 20__ жыл/год
М.О./М.П.

Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуге тиіс.

Қазақстан Республикасының
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2021 жылғы 17 қарашадағы
№ 425
2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2015 жылғы 21 желтоқсандағы
№ 983 бұйрығына
3-қосымша
Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Еңбек,
әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша департаменті
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
_____ бөлімінің Мүгедектік туралы анықтама беруді тіркеу журналы Журнал
регистрации выдачи справки об инвалидности отдела _____**

20__ жылғы "___" _____ басталды
20__ жылғы "___" _____ аяқталды

1	2	3	4	5	6	7
	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя , отчество (при его наличии)	Мүгедектік тобы, себебі Группа, причина инвалидности	Мүгедектік мерзімі С р о к инвалидности	Анықтаманың сериясы, № Серия, № справки	Алушының қолы Подпись получателя

Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуге тиіс.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ ___ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.
---------	--

(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись
"___" _____ 20___ жыл/год
М.О./М.П.

Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуге тиіс.

Қазақстан Республикасының
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2021 жылғы 17 қарашадағы
№ 425 бұйрығына
3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2015 жылғы 21 желтоқсандағы
№ 983 бұйрығына
4-қосымша
Нысан

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Еңбек,
әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша департаменті
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
_____ бөлімінің Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама
беруді тіркеу журналы Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты общей
трудоспособности отдела _____

20___ жылғы "___" _____ басталды
20___ жылғы "___" _____ аяқталды

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя , отчество (при его наличии)	Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі Степень утраты общей трудоспособности	Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу мерзімі Срок утраты общей трудоспособности	Анықтаманың сериясы, № Серия, № справки	Алушының қолы Подпись получателя
1	2	3	4	5	6	7

Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуге тиіс.

Нөмірленген және тігілген
Пронумеровано и прошнуровано _____
___ бет/листа (ов)

Образец

(жазбаша/прописью)

Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары
Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись
"__" "__" 20__ жыл/год
М.О./М.П.

Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуге тиіс.

Қазақстан Республикасының
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2021 жылғы 17 қарашадағы
№ 425 бұйрығына
4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2015 жылғы 21 желтоқсандағы
№ 983 бұйрығына
5-қосымша
Нысан

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Еңбек,
әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша департаменті
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
_____ бөлімінің Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы
анықтама және кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан
және медициналық-әлеуметтік сараптама актісінен үзінді көшірме беруді тіркеу
журналы Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты профессиональной
трудоспособности и выписки из справки о степени утраты профессиональной
трудоспособности и акта медико-социальной экспертизы отдела _____

20 _ жылғы " _ " _____ басталды

20 _ жылғы " _ " _____ аяқталды

--	--	--	--	--	--	--

№	Күні/Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, ия, отчество (при его наличии)	Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі Степень утраты профессиональн ой трудоспособности	Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу мерзімі Срок утраты профессиональн ой трудоспособности	Анықтаманың сериясы, № Серия, № справки	Алушының

						қолы Подпись получателя
1	2	3	4	5	6	7

Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуге тиіс.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ ___ бет/листа (ов) <i>(жазбаша/прописью)</i> Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.
	_____ <i>(Тегі, аты, әжесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись "___" _____ 20___ жыл/год М.О./М.П.</i>

Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуге тиіс.

Қазақстан Республикасының
 Еңбек және халықты
 әлеуметтік қорғау министрі
 2021 жылғы 17 қарашадағы
 № 425 бұйрығына
 5-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау және
 әлеуметтік даму министрінің
 2015 жылғы 21 желтоқсандағы
 № 983 бұйрығына
 6-қосымша
 Нысан

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
 Министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан
 Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша
 департаменті

Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
 _____ бөлімінің

Зардап шеккен қызметкердің қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы қорытындылар беруді тіркеу журналы Журнал регистрации выдачи

заклучений о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе отдела _____

20 _ жылғы " _ " _____ басталды
 20 _ жылғы " _ " _____ аяқталды

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаж Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе	Қорытындының сериясы, № Серия, № заключения	Алушының қолы Подпись получателя
1	2	3	4	5	6

Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуге тиіс.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ ___ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы. _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), Подпись " _ " _____ 20 __ жыл/год М.О./М.П.
---------	---

Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуге тиіс.

Қазақстан Республикасының
 Еңбек және халықты
 әлеуметтік қорғау министрі
 2021 жылғы 17 қарашадағы
 № 425 бұйрығына
 6-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау және
 әлеуметтік даму министрінің
 2015 жылғы 21 желтоқсандағы
 № 983 бұйрығына
 7-қосымша
 Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
 Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Еңбек,
 әлеуметтік қорғау және көпі-қон комитетінің _____ бойынша департаменті**

Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
 _____ бөлімінің Медициналық-әлеуметтік сараптама актілерінің қозғалысын
 есепке алу журналы Журнал учета движения актов медико-социальной экспертизы
 отдела _____

20_ жылғы " _ " _____ басталды

20_ жылғы " _ " _____ аяқталды

№	Жіберген күні Дата отправки	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Туған күні Дата рождения	Бөлім Отдел	Соңғы куәландырылған күні Дата последнего освидетельствования	Қорытынды (мүгедектік тобы, себебі, мерзімі, жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі мен мерзімі, кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі, себебі, мерзімі) Заключение (группа, причина, срок инвалидности, степень и срок утраты общей трудоспособности, степень, причина, срок утраты профессиональной трудоспособности)
1	2	3	4	5	6	7

Қандай құжаттың негізінде На основании какого документа	Кімге берілді, қайда жіберілді. Мекенжайы Кому передано, куда направлено. Адрес подпись отправителя	Жіберушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы. Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись отправителя	Ескертпе Примечание
8	9	10	11

Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуге тиіс.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ ____ бет/листа (ов) <i>(жазбаша/прописью)</i> Бөлім басшысы Руководитель отдела _____ _____ <i>(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись</i> " _ " _____ 20__ жыл/год М.О./М.П.
---------	---

Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітіл

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