

"Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу кезінде қалыптастырылатын құжаттардың нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің орынбасары – Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2024 жылғы 27 желтоқсандағы № 493 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2024 жылғы 28 желтоқсанда № 35557 болып тіркелді

БҰЙЫРАМЫН:

1. "Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу кезінде қалыптастырылатын құжаттардың нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің орынбасары – Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 33209 болып тіркелген) мынадай өзгерістер енгізілсін:

көрсетілген бұйрыққа 1, 2, 3, 4, 5 және 6-қосымшалары осы бұйрықтың 1, 2, 3, 4, 5 және 6-қосымшаларына сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

2. Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің Әдістеме және медициналық-әлеуметтік сараптаманы жетілдіру департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

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 осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің Заң қызметі департаментіне ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау вице-министріне жүктелсін.

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

*Қазақстан Республикасы
Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі*

С. Жакупова

Қазақстан Республикасы
Еңбек және халықты әлеуметтік

қорғау министрі
2024 жылғы 27 желтоқсандағы
№ 493 бұйрығына
1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Премьер-Министрінің
орынбасары -
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2023 жылғы 28 шілдедегі
№ 318 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты
әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ бойынша
департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты
по _____ Мүгедектік және кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы
анықтамаларды есепке алу журналы Журнал учета справок об инвалидности и степени
утраты профессиональной трудоспособности отдела _____

20 __ жылғы " __ " _____ басталды
20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды
начат " __ " _____ 20 __ год
окончен " __ " _____ 20 __ год

Мүгедектік туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу Учет движения справок об
инвалидности

(1 - 50 бет)

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

Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу Учет движения справок о степени утраты профессиональной трудоспособности

(50 - 100 бет)

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

Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.

Үлгі	<p>Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя.</p> <p>_____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись " " _____ 20__ жыл/год М.О./М.П.</p>
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуі қажет.

Қазақстан Республикасы
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2024 жылғы 27 желтоқсандағы
№ 493 бұйрығына
2-қосымша
Қазақстан
Премьер-Министрінің
орынбасары -
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2023 жылғы 28 шілдедегі

Нысан

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты
әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ бойынша
департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты
по _____ бөлімінің мүгедектік туралы анықтаманы беруді тіркеу журналы Журнал
регистрации выдачи справки об инвалидности отдела _____

20 __ жылғы " __ " _____ басталды

20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды

начат " __ " _____ 20 __ год

окончен " __ " _____ 20 __ год

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

Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының
мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.

Үлгі	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя. _____ (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 бекітілуі қажет.

Қазақстан Республикасы
Еңбек және халықты әлеуметтік
қорғау министрі
2024 жылғы 27 желтоқсандағы
№ 493 бұйрығына
3-қосымша

Қазақстан
Премьер-Министрінің
орынбасары -
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2023 жылғы 28 шілдедегі
№ 318 бұйрығына
3-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты
әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ бойынша
департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты
по _____ бөлімінің Жалпы еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы
анықтаманы беруді тіркеу журналы Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты
общей трудоспособности отдела _____

20 __ жылғы " __ " _____ басталды

20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды

начат " __ " _____ 20 __ год

окончен " __ " _____ 20 __ год

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя , отчество (при его наличии)	Жалпы еңбекке қабілеттілікте н айырылу дәрежесі Степень утраты общей трудоспособн ости	Жалпы еңбекке қабілеттілікте н айырылу мерзімі/ Срок утраты общей трудоспособн ости	Анықта маның сериясы, № Серия, № справки	Алушының қолы Подпись получателя
1	2	3	4	5	6	7

**Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының
мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.**

Үлгі	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя. _____ (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 бекітілуі қажет.

Қазақстан Республикасы
Еңбек және халықты әлеуметтік
қорғау министрі
2024 жылғы 27 желтоқсандағы
№ 493 бұйрығына
4-қосымша
Қазақстан
Премьер-Министрінің
орынбасары -
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2023 жылғы 28 шілдедегі
№ 318 бұйрығына
4-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты
әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ бойынша
департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты
по _____ бөлімінің Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы
анықтаманы және кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан
және медициналық-әлеуметтік сараптама актісінен үзінді көшірмені 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

начат " __ " _____ 20 __ год

окончен " __ " _____ 20 __ год

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя , отчество (при его наличии)	Кәсіптік еңбекке қабілеттілікте н айырылу дәрежесі Степень утраты профессионал ьной трудоспособн ости	Кәсіптік еңбекке қабілеттілікте н айырылу мерзімі Срок утраты профессионал ьной трудоспособн ости	Анықта маның сериясы, № Серия, № справки	Алушының қолы Подпись получателя
1	2	3	4	5	6	7

Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.

Үлгі	Нөмірленген және тігілген
	Пронумеровано и прошнуровано
	_____ бет/листа (ов)
	(жазбаша/прописью)
	Басшының орынбасары
	Заместитель руководителя.

	(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 бекітілуі қажет.

Қазақстан Республикасы
Еңбек және халықты әлеуметтік
қорғау министрі
2024 жылғы 27 желтоқсандағы
№ 493 бұйрығына
5-қосымша
Қазақстан
Премьер-Министрінің
орынбасары -
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2023 жылғы 28 шілдедегі
№ 318 бұйрығына
5-қосымша

Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты
әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ бойынша
департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты
по _____ бөлімінің зардап шеккен жұмыскердің қосымша көмек түрлеріне және
күтімге мұқтаждығы туралы қорытындыларды беруді тіркеу журналы Журнал регистрации
выдачи заключений о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах
помощи и уходе отдела _____**

20__ жылғы "___" _____ басталды

20__ жылғы "___" _____ аяқталды

начат "___" _____ 20__ год

окончен "___" _____ 20__ год

			Қосымша көмек	
--	--	--	---------------	--

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	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 орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.

Үлгі	<p>Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя.</p> <p>_____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись "___" _____ 20___ жыл/год М.О./М.П.</p>
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуі қажет.

Қазақстан Республикасы
Еңбек және халықты әлеуметтік
қорғау министрі
2024 жылғы 27 желтоқсандағы
№ 493 бұйрығына
6-қосымша
Қазақстан
Премьер-Министрінің
орынбасары -
Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрі
2023 жылғы 28 шілдедегі
№ 318 бұйрығына
6-қосымша

Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты
әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ бойынша
департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты
по _____ бөлімінің Медициналық-әлеуметтік сараптама актілерінің қозғалысын есепке
алу журналы Журнал учета движения актов медико-социальной экспертизы отдела _____**

20 __ жылғы " __ " _____ басталды

20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды

начат " __ " _____ 20 __ год

окончен " __ " _____ 20 __ год

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя , отчество (при его наличии)	Туған күні Д а т а рождения	Бөлім Отдел	Соңғы қуәландырыл ған күні Дата последнего освидетельс тования	Қорытынды (мүгедектік тобы, себебі, мерзімі, жалпы еңбекке қабілеттілікте н айырылу дәрежесі мен мерзімі, кәсіптік еңбекке қабілеттілікте н 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 орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.

Үлгі

Нөмірленген және тігілген
Пронумеровано и прошнуровано
_____ бет/листа (ов)
(жазбаша/прописью)
Басшының орынбасары
Заместитель руководителя.

(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 бекітілуі қажет.

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