

Об утверждении Правил разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида

Утративший силу

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 7 декабря 2004 года № 286-п. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 29 декабря 2004 года № 3317. Утратил силу приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.01.2015 № 44 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В целях реализации подпункта б) пункта 1 статьи 7 Закона Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»,

П Р И К А З Ы В А Ю :

Сноска. Преамбула в редакции приказа Министра труда и социальной защиты населения РК от 06.11.2012 № 426-ө-м (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1. Утвердить прилагаемые Правила разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида.

2. Директору Департамента социальных нормативов и реабилитации инвалидов Манабаевой К.А. обеспечить доведение настоящего Приказа до территориальных департаментов Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на вице-министра Дуйсенову Т.Б.

4. Настоящий приказ вводится в действие со дня регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

Министр

"Согласовано"

Министр здравоохранения
Республики Казахстан

7 декабря 2004 года

"Согласовано"

Министр образования и науки
Республики Казахстан

7 декабря 2004 года

У т в е р ж д е н

приказом Министра труда

и социальной защиты населения

Содержание и структура реабилитационно-экспертного заключения определяются в зависимости от реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза;

3) реабилитационный потенциал - показатель реальных возможностей восстановления нарушенных функций организма и способностей инвалида на основании анализа медицинских, психологических и социальных факторов.

Реабилитационный потенциал оценивается как:
высокий - полное восстановление здоровья, всех категорий ограничений жизнедеятельности, трудоспособности и социального положения (полная реабилитация);

удовлетворительный - умеренно выраженное нарушение функций организма, выполнение категорий жизнедеятельности возможно в ограниченном объеме или с помощью технических вспомогательных (компенсаторных) средств, потребность в социальной поддержке;

низкий - выраженное нарушение функций организма, значительные ограничения в выполнении большинства категорий жизнедеятельности, потребность в постоянной социальной поддержке;

отсутствие реабилитационного потенциала - резко выраженное нарушение функций организма, невозможность компенсации или самостоятельного выполнения основных видов деятельности, потребность в постороннем уходе.

3) реабилитационный прогноз - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала и предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество.

Реабилитационный прогноз оценивается как:
благоприятный - возможность полного восстановления и/или компенсации нарушенных функций организма и категорий ограничений жизнедеятельности, полной интеграции инвалида в общество;

относительно благоприятный - возможность частичного восстановления и/или компенсации нарушенных функций организма и категорий ограничений жизнедеятельности при уменьшении степени их ограничений или стабилизации, при расширении способности к интеграции и переходу от полной к частичной социальной поддержке;

сомнительный - неясный прогноз;
неблагоприятный - невозможность восстановления, стабилизации или компенсации нарушенных функций организма и категорий ограничений жизнедеятельности.

2. Порядок определения индивидуальной программы реабилитации инвалида

3. ИПР разрабатывается, в течение десяти рабочих дней со дня поступления документов, определенных пунктом 4 настоящих Правил, территориальным подразделением Комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан (далее - территориальное подразделение).

4. ИПР разрабатывается на основании заявления произвольной формы инвалида (или его законного представителя) с представлением следующих документов:

1) копия документа, удостоверяющего личность, копия свидетельства о рождении (для ребенка-инвалида до шестнадцатилетнего возраста) и подлинник для сверки;

2) документ, подтверждающий регистрацию по постоянному месту жительства (копия книги регистрации граждан и подлинник для сверки, либо адресная справка либо справка сельских или аульных акимов). Справка (в произвольной форме), подтверждающая факт содержания лица в исправительном учреждении или следственном изоляторе;

3) форма 088/у, утвержденная приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 6697) или заключение врачебно-консультационной комиссии (далее – ВКК) медицинской организации не позднее одного месяца со дня оформления;

4) копия справки, подтверждающей инвалидность, и подлинник для сверки;

5) медицинская карта амбулаторного больного для анализа динамического наблюдения;

6) копия свидетельства о присвоении социального индивидуального кода (ИИН) и подлинник для сверки;

7) для разработки профессиональной части ИПР: копия документа, подтверждающего трудовую деятельность (предоставляется лицом трудоспособного возраста при наличии);

сведения о характере и условиях труда на производстве для инвалидов, нуждающихся в изменении характера и условий труда по форме согласно приложению 1 к Правилам;

8) заключение психолого-медико-педагогической консультации (далее – заключение ПМПК) - в случае установления показаний для определения вида и формы воспитания, образования детям инвалидам до восемнадцатилетнего возраста;

9) акт обследования жилищно-бытовых условий инвалида (предоставляется инвалидом или его законным представителем для разработки ИПР на улучшение жилищно-бытовых условий) по форме согласно приложению 2 к Правилам;

5. ИПР разрабатывается на срок установления инвалидности с указанием срока реализации каждого реабилитационного мероприятия, соответствующего сроку реализации И П Р .

6 . И П Р с о с т о и т и з :

- 1) карты ИПР по форме согласно приложению 3 к Правилам;
- 2) выписки из карты ИПР по форме согласно приложению 4 к Правилам;
- 3) медицинской части ИПР по форме согласно приложению 5 к Правилам;
- 4) социальной части ИПР по форме согласно приложению 6 к Правилам;
- 5) профессиональной части ИПР по форме согласно приложению 7 к Правилам .

7. Медицинская, и/или социальная, и/или профессиональная части ИПР разрабатываются (корректируются) в зависимости от результатов проведенной реабилитационно-экспертной диагностики и потребности инвалида в проведении реабилитационных мероприятий, с учетом медицинских показаний и противопоказаний, на основании плана реабилитационных мероприятий, указанных в форме 088/у или рекомендаций, указанных в заключении ВКК (предоставляется инвалидом в течение пяти лет от даты последней формы 088/у) м е д и ц и н с к о й о р г а н и з а ц и и .

При разработке профессиональной части ИПР учитываются:
для детей-инвалидов: особенности психического состояния, интеллектуального развития, потенциальных возможностей к игровой деятельности, получения образования, общения, усвоения и выполнения навыков трудовой деятельности (на основании заключения ПМПК);
для работающих инвалидов: сведения о трудовой деятельности и сведения о характере и условиях труда на производстве.

8. Данные освидетельствуемого лица вводятся в централизованный банк данных системы учета инвалидов (далее - ЦБДИ), в котором ИПР формируется и з а т е м р а с п е ч а т ы в а е т с я .

Распечатанная ИПР подписываются начальником, главными специалистами территориального подразделения, принимавшими участие в проведении медико-социальной экспертизы и заверяется штампом для освидетельствования.

9. Карта ИПР подшивается в акт медико-социальной экспертизы.

10. Выписка из карты ИПР выдается инвалиду (или его законному представителю) .

11. Утвержденные медицинская, социальная и профессиональная части ИПР в течение трех рабочих дней направляются:

1) в медицинскую организацию по месту жительства и/или работодателю (в случае трудового увечья или профессионального заболевания) – медицинская часть И П Р ;

2) в орган занятости и социальных программ и/или работодателю (в случае трудового увечья или профессионального заболевания) – социальная часть И П Р , профессиональная часть И П Р .

В случае отсутствия в имеющихся материалах сведений о юридическом адресе работодателя, утвержденные медицинская, социальная и профессиональная части И П Р выдаются инвалиду или его законному представителю .

12. При проведении реабилитационных мероприятий обеспечиваются индивидуальность, последовательность, комплексность, преемственность и непрерывность осуществления реабилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных реабилитационных мероприятий .

13. Медицинскую реабилитацию проводят медицинские организации.

14. Социальную реабилитацию проводят организации системы социальной защиты населения, специальные организации образования (психолого-медико-педагогические консультации, реабилитационные центры, кабинеты психолого-педагогической коррекции).

15. Профессиональную реабилитацию проводят организации системы социальной защиты населения и образования.

16. По завершению проведенных реабилитационных мероприятий медицинская, социальная и профессиональная части И П Р подписываются руководителем, ответственным за реализацию И П Р , заверяются печатями и возвращаются в территориальное подразделение.

Данные о выполнении медицинской части И П Р вносятся в ЦБДИ территориальными подразделениями (до интеграции ЦБДИ с информационной системой здравоохранения) .

Данные о выполнении социальной и/или профессиональной части(-ей) И П Р организациями системы социальной защиты населения вносятся в ЦБДИ. В социальной части И П Р получателя специальных социальных услуг вносятся данные об итогах ежеквартального мониторинга по выполнению индивидуального плана работы .

Данные о выполнении социальной и/или профессиональной части(-ей) И П Р инвалидов вследствие трудового увечья и профессионального заболевания вносятся в ЦБДИ территориальными подразделениями.

17. Контроль за реализацией и оценка эффективности мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной частям И П Р осуществляется

территориальным подразделением при очередном освидетельствовании инвалида или в порядке его динамического наблюдения.

18. Дата динамического наблюдения устанавливается территориальным подразделением, с целью оценки эффективности, качества и полноты выполненных реабилитационных мероприятий и своевременной коррекции ИПР лицам с инвалидностью без срока переосвидетельствования, детям-инвалидам со сроком инвалидности пять лет и до достижения шестнадцатилетнего возраста.

В зависимости от причин невыполнения реабилитационных мероприятий, при наличии показаний, территориальное подразделение проводит коррекцию ИПР: разрабатывает дополнительные мероприятия по медицинской, и/или социальной, и/или профессиональной части реабилитации или решает вопрос о необходимости и целесообразности дальнейшего проведения реабилитационных мероприятий.

19. Заключение о реализации ИПР выносится территориальным подразделением после коллегиального обсуждения, на основании оценки эффективности реализации медицинской, социальной и профессиональной частей ИПР, утверждается начальником территориального подразделения, заверяется штампом для освидетельствования.

П р и л о ж е н и е 1

к Правилам определения индивидуальной программы реабилитации инвалида форма

Сведения о характере и условиях труда на производстве (заполняется работодателем работающим лицам)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения ____ . ____ . ____ г.

3. Наименование организации _____

4. Профессия, должность, специальность _____

5. Тарифный разряд, категория _____

6. Форма организации труда: (трудовой договор, коллективный трудовой договор, сменность работы, продолжительность рабочего дня, наличие командировок, режим труда и отдыха) _____

7. Функциональные обязанности: _____

8. Условия труда (санитарно-гигиеническая характеристика рабочего места, наличие вредных производственных факторов) _____

9. Возможность рационального трудоустройства _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Ф.И.О. _____
руководителя (подпись)

М.П.

Приложение 2
к Правилам определения индивидуальной
программы реабилитации инвалида
форма

АКТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

жилищно-бытовых условий инвалида

(проводится специалистами местных исполнительных органов)

Дата проведения обследования « ____ . ____ . 20 ____ г.»
(число, месяц, год)

Комиссией в составе:

(Ф.И.О., должность)

(Ф.И.О., должность)

(Ф.И.О., должность)

проведено обследование жилищно-бытовых условий и технического состояния жилого помещения, находящегося в собственности инвалида

(Ф.И.О. инвалида, дата рождения)

Адрес места жительства, телефон (при наличии)
Социальное положение инвалида _____

(одиноким, одиноким проживающим или проживающим с _____)

нетрудоспособными членами семьи, работающий, пенсионер)

Состав семьи _____

(ФИО, дата рождения, родственные отношения, место проживания)
Ж и л и щ н ы е _____ у с л о в и я _____

(указать в каком доме или квартире проживает, количество
комнат, размер площади)

Благоустроенность _____ ж и л ь я : _____
э т а ж _____ « _ _ »

наличие: лифта _____

К а б и н а : _____

габариты (глубина X ширина) (норма не менее 129x140 см) _____

площадка перед лифтом (норма 150x150 см) _____

ширина дверного проема (норма не менее 90 см) _____

поручни (высота) (норма 90-110 см) _____

Вид отопления: централизованное, газ, дрова, уголь (подчеркнуть).

Водоснабжение: горячее, холодное, отсутствует (подчеркнуть).

Ширина дверного проема (норма не менее 90 см.) _____

(указать состояние: внутренней отделки, пола, оконных рам, входной
и межкомнатных дверей, сантехнического оборудования, газового
оборудования, коммуникаций, электропроводки)
Имеются ли технические вспомогательные (компенсаторные) средства
(протезно-ортопедические, сурдо-, тифлотехнические):

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К а т е г о р и я _____ и н в а л и д а : _____

и н в а л и д ы - к о л я с о ч н и к и ;

и н в а л и д ы с п о р а ж е н и е м о п о р н о - д в и г а т е л ь н о г о а п п а р а т а , н е и с п о л ь з у ю щ и е
д л я _____ п е р е д в и ж е н и я _____ к р е с л о - к о л я с к и ;

и н в а л и д ы _____ с _____ п о р а ж е н и е м _____ з р е н и я ,

и н в а л и д ы _____ с _____ п о р а ж е н и е м _____ с л у х а

другие _____

(в п и с а т ь)

нуждается в улучшении жилищно-бытовых условий по следующим позициям
Нуждается в жилье, с правом выбора жилого помещения с учетом
этажности, типа здания, степени благоустройства и других необходимых
условий для проживания; нуждается в оборудовании жилых помещений
(н у ж н о е _____ п о д ч е р к н у т ь)

другое _____

(в п и с а т ь)

Ч л е н ы к о м и с с и и :

(п о д п и с ь , Ф . И . О .)

(п о д п и с ь , Ф . И . О .)

(п о д п и с ь , Ф . И . О .)

« _____ »

20 _____ г.

(дата составления акта)

П р и л о ж е н и е 3

к Правилам определения индивидуальной
программы реабилитации инвалида
форма

Карта индивидуальной программы реабилитации инвалида (Карта ИПР)

№ _____ Карты ИПР от « _____ » _____ 20 _____ г.

к акту медико-социальной экспертизы № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.

1. Ф.И.О. _____ Дата, год рождения. _____ г.
2. Адрес постоянного местожительства _____
3. ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция)
4. Категория инвалидности (группа, причина) _____
5. Инвалидность установлена на срок до _____ г.
6. Клинический прогноз: (благоприятный, относительно благоприятный,
сомнительный, _____ неблагоприятный)
7. Реабилитационный потенциал: (высокий, удовлетворительный, низкий,
отсутствие _____ реабилитационного _____ потенциала)

8. Реабилитационный прогноз: благоприятный, (относительно благоприятный, неблагоприятный, сомнительный)

9. Диагноз _____

10. Реабилитационно-экспертное заключение:

- медицинская часть реабилитации:

мероприятие _____ дата разработки _____. г. срок реализации _____. г.

мероприятие _____ дата разработки _____. г. срок реализации _____. г.

- социальная часть реабилитации:

мероприятие _____ дата разработки _____. г. срок реализации _____. г.

мероприятие _____ дата разработки _____. г. срок реализации _____. г.

- профессиональная часть реабилитации:

мероприятие _____ дата разработки _____. г. срок реализации _____. г.

мероприятие _____ дата разработки _____. г. срок реализации _____. г.

11. Дата динамического наблюдения _____ г.

Заключение (данные вносятся в ЦБДИ) _____

(Дата динамического наблюдения, подпись)

12. С содержанием ИПР согласен _____ дата _____

(подпись инвалида или его

законного представителя (подчеркнуть))

1 3 . В ы в о д ы :

1) по степени соответствия достигнутых результатов реабилитационному потенциалу (подчеркнуть): реализован полностью, частично, не реализован;

2) по динамике инвалидности (подчеркнуть): полная, частичная реабилитация, стабильная инвалидность, утяжеление инвалидности.

Ф.И.О. _____

(п о д п и с ь)

(п о д п и с ь)

_____ главных специалистов территориального (подпись)

_____ подразделения, принимавших участие

в проведении медико-социальной экспертизы

Ф.И.О. _____

начальника территориального подразделения (подпись)

Штамп территориального подразделения

П р и л о ж е н и е 4

к Правилам определения индивидуальной

программы
форма

реабилитации

инвалида

Выписка из карты индивидуальной программы реабилитации инвалида(выдается на руки инвалиду или его законному представителю)

№ ____ Карты ИПР от «__» _____ 20__ г.

к акту медико-социальной экспертизы № ____ от «__» _____ 20__ г.

1. Ф.И.О. _____ Дата, год рождения __ __ __ г.

2. Адрес постоянного местожительства _____

3. ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция)

4. Категория инвалидности (группа, причина) _____

5. Инвалидность установлена на срок до _____._____г.

6. Диагноз _____

7. Реабилитационно-экспертное заключение:

- медицинская часть реабилитации

мероприятие ____ дата разработки __.__.г. срок реализации __.__.г.

мероприятие ____ дата разработки __.__.г. срок реализации __.__.г.

- социальная часть реабилитации

мероприятие ____ дата разработки __.__.г. срок реализации __.__.г.

мероприятие ____ дата разработки __.__.г. срок реализации __.__.г.

- профессиональная часть реабилитации

мероприятие ____ дата разработки __.__.г. срок реализации __.__.г.

мероприятие ____ дата разработки __.__.г. срок реализации __.__.г.

Ф.И.О. _____

начальника территориального подразделения (подпись)

Штамп территориального подразделения

П р и л о ж е н и е 5

к Правилам определения индивидуальной

программы реабилитации инвалида

форма

**Медицинская часть индивидуальной программы
реабилитации инвалида**

№ ____ Карты ИПР от «__» _____ 20__ г.

к акту медико-социальной экспертизы № ____ от «__» _____ 20__ г.

1. Ф.И.О. (инвалида) _____ Дата рождения __.__.г.

2. Адрес, домашний телефон _____

3. ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция)
 4. Категория инвалидности (группа, причина) _____
 5. Диагноз _____
 6. Инвалидность установлена на срок до _____._____г.
 7. **Реабилитационно-экспертное заключение:**

- медицинская часть реабилитации

п / п	Реабилитационные мероприятия	Рекомендации территориального подразделения		Выполнение (заполняет специалист ответственный за реализацию ИПР)			Обоснование причин выполнения
		длительность и кратность курсов	сроки реализации, ответственные за реализацию ИПР	место выполнения (стационар, реабилитационный центр, санаторий)	длительность и кратность курсов	дата выполнения, Ф.И.О. специалиста, ответственного за реализацию ИПР	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Стационарное лечение (вписать)						
2	Реконструктивная хирургия (вписать)						
3	Санаторное лечение (проводимое по линии организации здравоохранения) (указать профиль)						
4	Другие (вписать)						

- социальная часть реабилитации
 мероприятие ____ дата разработки _____.____ г. срок реализации _____.____ г.
 мероприятие ____ дата разработки _____.____ г. срок реализации _____.____ г.

- профессиональная часть реабилитации
 мероприятие ____ дата разработки _____.____ г. срок реализации _____.____ г.
 мероприятие ____ дата разработки _____.____ г. срок реализации _____.____ г.

8. Дата динамического наблюдения _____.____.____ 20__ г.
 Ф.И.О. _____

 начальника территориального (подпись)
 подразделения

Штамп _____ территориального _____ подразделения

9. Дата реализации медицинской части ИПР _____

Ф.И.О. _____

руководителя (подпись)

МП

10. Оценка результатов реализации медицинской части реабилитации (подчеркнуть): восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата.

Ф.И.О. _____

начальника территориального (подпись)

подразделения

Штамп территориального подразделения

П р и л о ж е н и е 6

к Правилам определения индивидуальной программы реабилитации инвалида форма

Социальная часть индивидуальной программы

реабилитации инвалида

№ _____ Карты ИПР от «___» _____ 20__ г.

к акту медико-социальной экспертизы № _____ от «___» _____ 20__ г.

1. Ф.И.О. (инвалида) _____ Дата рождения __.__._____ г.
2. Адрес, домашний телефон _____
3. ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция)
4. Категория инвалидности (группа, причина) _____
5. Диагноз _____
6. Инвалидность установлена на срок до _____._____ г.
7. Реабилитационно-экспертное заключение:

- социальная часть реабилитации

п/п	Реабилитационные мероприятия	Срок реализации, ответственные за реализацию ИПР заполняет специалист территориального подразделения	Д а т а выполнения заполняет специалист, ответственный за реализацию ИПР	Исполнитель	Обоснование причины не выполнения
1	2	3	4	5	6
	О к а з а н и е протезно-ортопедической помощи: протезы рук; протезы голени;				

1.	<p>протезы бедра; протезы грудной железы; аппараты, тьюторы, ортезы; костыли, трости, ходунки; корсеты, реклинаторы, головодержатели; бандажи, лечебные пояса, детские профилактические штанишки; ортопедическая обувь и вкладные приспособления (башмачки, супинаторы); обувь на аппараты.</p>				
2.	<p>Обеспечение сурдотехническими средствами: слуховой аппарат; видеокомпьютер; многофункциональная сигнальная система; телефакс; телефон мобильный с текстовым сообщением и приемом передач; часы для глухих и слабослышащих лиц.</p>				
3.	<p>Обеспечение тифлотехническими средствами: трость; тифломагнитола; читающая машина; компьютерный тифлокомплекс; прибор для письма по системе Брайля; бумага для письма рельефно-точечным шрифтом; диктофон ; плеер для воспроизведения звукозаписи; часы для лиц с ослабленным зрением.</p>				
4.	<p>Обеспечение обязательными гигиеническими средствами (вписать вес ___ кг., рост ___ см., объем бедер ___ ___ см.) : мочеприемники; калоприемники; подгузники.</p>				
5.	<p>Обеспечение специальными средствами передвижения (кресло-коляска) (вписать вес ___ кг., рост ___ см., объем бедер ___ ___ см.): комнатная; прогулочная;</p>				
6.	<p>Предоставление социальных услуг: индивидуального помощника; специалиста жестового языка.</p>				
7.	<p>Оказание специальных социальных услуг в условиях:</p>				
7.1.	<p>стационара:</p>				

7.1.1	МСУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;				
7.1.2	детских психоневрологических МСУ;				
7.1.3	психоневрологических МСУ;				
7.1.4	МСУ для престарелых и инвалидов общего типа;				
7.2.	полустационара:				
7.2.1	реабилитационный центр;				
7.2.2	центр (отделение) дневного пребывания;				
7.2.3	территориальный центр;				
7.3.	на дому				
8.	Санаторно-курортное лечение, проводимое по линии организации системы социальной защиты населения				
9.	Улучшение жилищно-бытовых условий				

- социальная часть реабилитации

мероприятие ____ дата разработки __.__.__.г. срок реализации __.__.__. г.

мероприятие ____ дата разработки __.__.__.г. срок реализации __.__.__. г.

- профессиональная часть реабилитации

мероприятие ____ дата разработки __.__.__.г. срок реализации __.__.__. г.

мероприятие ____ дата разработки __.__.__. г. срок реализации __.__.__. г.

8. Дата динамического наблюдения ____ 20__ г.

Ф.И.О. _____

начальника территориального (подпись)

подразделения

Штамп территориального подразделения

9. Дата реализации медицинской части ИПР _____

Ф.И.О. _____

руководителя (подпись)

МП

10. Оценка результатов реализации медицинской части реабилитации (подчеркнуть): восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата.

Ф.И.О. _____

начальника территориального (подпись)

подразделения

Штамп территориального подразделения

П р и л о ж е н и е 7

к Правилам определения индивидуальной программы реабилитации инвалида форма

Профессиональная часть индивидуальной программы реабилитации инвалида

№ ____ Карты ИПР от «__» _____ 20__ г.

к акту медико-социальной экспертизы № ____ от «__» _____ 20__ г.

1. Ф.И.О. (инвалида) _____ Дата рождения __.__._____ г.
2. Адрес, домашний телефон _____
3. ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция)
4. Категория инвалидности (группа, причина) _____
5. Диагноз _____
6. Инвалидность установлена на срок до __.__._____ г.
7. Образование _____
8. Профессия (специальность) _____
9. Реабилитационно-экспертное заключение:
- профессиональная часть реабилитации

п/п	Реабилитационные мероприятия	Срок реализации, ответственные за реализацию ИПР	Дата выполнения	Исполнитель	Обоснование причин и выполнения
		заполняет специалист территориального подразделения	заполняет специалист,	ответственн	за реализацию ИПР
1	2	3	4	5	6
1.	Психолого-педагогическая коррекционная работа с детьми-инвалидами до 18 лет				
2.	Техническое и профессиональное, послесреднее, высшее, послевузовское образование, через организации системы социальной защиты населения (вписать)				
3.	Трудоустройство				
4.	Условия трудоустройства (вписать)				
	4.1. Организация режима работы: полный или сокращенный рабочий день и пр.				
	4.2. Исключение воздействия неблагоприятных производственных факторов				

	4.3. Создание специального рабочего места			
5.	Другие (вписать)			

- медицинская часть реабилитации
 мероприятие ____ дата разработки __.__. г. срок реализации __.__. г.
 мероприятие ____ дата разработки __.__. г. срок реализации __.__. г.

- социальная часть реабилитации
 мероприятие ____ дата разработки __.__. г. срок реализации __.__. г.
 мероприятие ____ дата разработки __.__. г. срок реализации __.__. г.

10. Дата динамического наблюдения _____. 20__ г.

Ф.И.О. _____

начальника территориального (подпись)

подразделения

Штамп территориального подразделения

11. Дата реализации профессиональной части ИПР _____

Ф.И.О. _____

руководителя (подпись)

12. Оценка результатов реализации профессиональной части реабилитации (подчеркнуть): восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата.

Ф.И.О. _____

начальника территориального (подпись)

подразделения

Штамп территориального подразделения