

**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 6) пункта 1 статьи 7 Закона Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», **ПРИКАЗЫВАЮ**:

      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"               "Согласовано"

 Министр здравоохранения      Министр образования и науки

 Республики Казахстан           Республики Казахстан

 7 декабря 2004 года           7 декабря 2004 года

 Утвержден

приказом Министра труда

и социальной защиты населения

Республики Казахстан

от 7 декабря 2004 года № 286-п

 **Правила определения**
**индивидуальной программы реабилитации инвалида**

      Сноска. Правила 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. Общие положения**

      1. Настоящие Правила определения индивидуальной программы реабилитации инвалида (далее - Правила) разработаны в соответствии с законами Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», от 29 декабря 2008 года «О специальных социальных услугах», от 11 июля 2002 года «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», постановлениями Правительства Республики Казахстан от 29 октября 2004 года № 1132 «Некоторые вопросы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан», от 20 июля 2005 года № 750 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы», от 20 июля 2005 года № 754 «О некоторых вопросах реабилитации инвалидов» и регламентируют порядок определения индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

      2. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

      1) индивидуальная программа реабилитации инвалида (далее - ИПР) - документ, определяющий конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитации инвалида.

      ИПР определяет комплекс реабилитационных мероприятий, включающих в себя медицинские, социальные и профессиональные реабилитационные меры, направленные на восстановление и (или) компенсацию нарушенных и утраченных функций организма. Разработка ИПР осуществляется в рамках проведения медико-социальной экспертизы в зависимости от результатов проведенной реабилитационно-экспертной диагностики и потребности инвалида в проведении реабилитационных мероприятий на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма;

      2) реабилитационно-экспертная диагностика - оценка реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза.

      В реабилитационно-экспертном заключении кратко обосновывается нуждаемость инвалида в реабилитационных мероприятиях.

      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 ИПР.

      6. ИПР состоит из:

      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 (корригируются) 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) медицинской организации.

      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 затем распечатывается.

      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 ИПР;

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

      В случае отсутствия в имеющихся материалах сведений о юридическом адресе работодателя, утвержденные медицинская, социальная и профессиональная части ИПР 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 ИПР подписываются руководителем, ответственным за реализацию ИПР, заверяются печатями и возвращаются в территориальное подразделение.

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

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

      Данные о выполнении социальной и/или профессиональной части(-ей) ИПР 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 ИПР 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.

Приложение 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                  (одинокий, одиноко проживающий или проживающий с

            нетрудоспособными членами семьи, работающий, пенсионер)

Состав семьи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

      (ФИО, дата рождения, родственные отношения, место проживания)

Жилищные условия

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

      (указать в каком доме или квартире проживает, количество

                           комнат,размер площади)

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

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

Благоустроенность жилья:

этаж «\_\_»

наличие: лифта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кабина:

габариты (глубина X ширина) (норма не менее 129х140 см) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

площадка перед лифтом (норма 150х150 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**

Категория инвалида:

инвалиды-колясочники;

инвалиды с поражением опорно-двигательного аппарата, не использующие

для передвижения кресло-коляски;

инвалиды с поражением зрения,

инвалиды с поражением слуха

другие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                 (вписать)

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

(нужное подчеркнуть)

другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                      (вписать)

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

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

      Члены комиссии:

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

                            (подпись,Ф.И.О.)

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

                            (подпись, Ф.И.О.)

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

                            (подпись, Ф.И.О.)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

(дата составления акта)

Приложение 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))

13. Выводы:

      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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                   (подпись)

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

                                                   (подпись)

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

      главных специалистов территориального        (подпись)

      подразделения, принимавших участие

      в проведении медико-социальной экспертизы

             Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

          начальника территориального подразделения (подпись)

Штамп территориального подразделения

Приложение 4

к Правилам определения индивидуальной

программы реабилитации инвалида

форма

 **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

Приложение 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
причины не
выполнения |
| длительность
и кратность курсов | сроки реализации, ответственные за реализацию ИПР | место выполнения (стационар, реабилитацион-ный 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

Приложение 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 | Дата
выполнения  | Исполнитель | Обоснование
причины не
выполнения |
| заполняет
специалист
территориального
подразделения  | заполняет специалист, ответственный
за реализацию ИПР |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  |
| 1. | Оказание
протезно-ортопедической помощи:
протезы рук;
протезы голени;
протезы бедра;
протезы грудной железы;
аппараты, туторы, ортезы;
костыли, трости, ходунки;
корсеты, реклинаторы,
головодержатели;
бандажи, лечебные пояса,
детские профилактические
штанишки;
ортопедическая обувь и
вкладные приспособления
(башмачки, супинаторы);
обувь на аппараты.  |
 |
 |
 |
 |
| 2. | Обеспечение
сурдотехническими средствами:
слуховой аппарат; видеокомпьютер;
многофункциональная
сигнальная система;
телефакс; телефон мобильный с текстовым сообщением и приемом передач; часы для глухих и слабослышащих лиц. |
 |
 |
 |
 |
| 3. | Обеспечение тифлотехническими средствами: трость;
тифломагнитола;
читающая машина;
компьютерный тифлокомплекс;
прибор для письма по системе Брайля;
бумага для письма
рельефно-точечным шрифтом; диктофон; плейер для воспроизведения звукозаписи;  часы для лиц с ослабленным зрением.  |
 |
 |
 |
 |
| 4. | Обеспечение обязательными
гигиеническими средствами (вписать вес \_\_\_ кг., рост \_\_\_ см., объем бедер \_\_\_\_ см.):
мочеприемники; калоприемники;подгузники. |
 |
 |
 |
 |
| 5. | Обеспечение специальными средствами передвижения (кресло-коляска) (вписать вес \_\_\_ кг., рост \_\_\_ см., объем бедер \_\_\_\_ см.): комнатная;
прогулочная;  |
 |
 |
 |
 |
| 6. | Предоставление социальных
услуг:
индивидуального помощника;
специалиста жестового
языка.  |
 |
 |
 |
 |
| 7. | Оказание специальных
социальных услуг в условиях: |
 |
 |
 |
 |
| 7.1. | стационара: |
 |
 |
 |
 |
| 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

Приложение 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 причины не выполнения |
| заполняет специалист территориального
подразделения | заполняет специалист, ответственный
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

 © 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан