

**О внесении изменений в приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 7 декабря 2004 года № 286-п "Об утверждении Правил разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида"**

***Утративший силу***

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 6 ноября 2012 года № 426-ө-м. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 ноября 2012 года № 8115. 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 совершенствования системы реабилитации инвалидов**ПРИКАЗЫВАЮ**:  
      1. Внести в приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 7 декабря 2004 года № 286-п «Об утверждении Правил разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 3317) следующие изменения:  
      преамбулу изложить в следующей редакции:  
      «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**:»;  
      Правила разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида, утвержденные указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.  
      2. Департаменту социальной помощи обеспечить государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан и его последующее официальное опубликование в средствах массовой информации.  
      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Ахметова С.А.  
      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр                                          С. Абденов*

«СОГЛАСОВАНО»  
Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С. Каирбекова  
2 ноября 2012 года

Министр образования и науки  
Республики Казахстан  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Б. Жумагулов  
6 ноября 2012 года

Приложение            
к приказу Министра труда     
и социальной защиты населения   
Республики Казахстан        
от 6 ноября 2012 года № 426 -ө-м

Утвержден           
приказом Министра труда   
и социальной защиты населения  
Республики Казахстан       
от 7 декабря 2004 года № 286-п

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