

**Об утверждении форм документов, выдаваемых освидетельствуемому лицу или его законному представителю при проведении медико-социальной экспертизы**

*Утративший силу*

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 1 апреля 2014 года № 142-Ө. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 апреля 2014 года № 9377. 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 пункта 27 Правил проведения медико-социальной экспертизы, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 20 июля 2005 года № 750, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить формы:

- 1) справки об инвалидности согласно приложению 1 к настоящему приказу;
- 2) справки о степени утраты общей трудоспособности согласно приложению 2 к настоящему приказу;
- 3) справки о степени утраты профессиональной трудоспособности согласно приложению 3 к настоящему приказу;
- 4) заключения о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе согласно приложению 4 к настоящему приказу;
- 5) извещения о полной реабилитации согласно приложению 5 к настоящему приказу.

2. Департаменту социальной помощи в установленном законодательством порядке обеспечить:

- 1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;
- 2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа его направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и в информационно-правовой системе «Эдilet»;
- 3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра

труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Жакупову С.К.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр *Т. Дуйсенова*

П р и л о ж е н и е 1  
к приказу Министра труда  
и социальной защиты населения  
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н  
от 1 апреля 2014 года № 142-ө

Форма

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
м и н и с т р л і г і  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Мүгедектік туралы анықтама  
Справка об инвалидности**

**серия 000 № 0000000**

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Туған күні «\_\_» \_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_

Мүгедектік \_\_\_\_\_ тобы \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Мүгедектік себебі \_\_\_\_\_

Причина инвалидности \_\_\_\_\_

Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_ Мерзімі 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_ бастап  
есептелді

Дата установления \_\_\_\_\_ Срок зачтен с \_\_\_\_\_

Мүгедектік 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_ дейінгі мерзімге белгіленген

Инвалидность установлена на срок до \_\_\_\_\_

Қайта куәландыру күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_

Дата переосвидетельствования \_\_\_\_\_

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_\_ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы \_\_\_\_\_

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

К ү н і 20\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Мүгедектік туралы анықтамадан және медициналық-әлеуметтік  
сараптама актісінен үзінді көшірме  
Выписка из справки об инвалидности и акта медико-социальной  
экспертизы серия 000 № 0000000**  
(әлеуметтік төлемдерді тағайындайтын және жүзеге асыратын органдарға  
жіберіледі  
направляется в органы, назначающие и осуществляющие социальные  
выплаты)

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Туған күні «\_\_» \_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_

Мүгедектік \_\_\_\_\_ тобы \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Мүгедектік себебі \_\_\_\_\_

Причина инвалидности \_\_\_\_\_

Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_ Мерзімі 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_ бастап  
есептелді

Дата установления \_\_\_\_\_ Срок зачтен с \_\_\_\_\_

Мүгедектік 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_ дейінгі мерзімге белгіленген

Инвалидность установлена на срок до \_\_\_\_\_

Қайта куәландыру күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_

Дата переосвидетельствования \_\_\_\_\_

Негізгі диагнозы: \_\_\_\_\_

Основной \_\_\_\_\_ диагноз:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_\_ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

К ү н і                    2 0                    ж .                    « \_ \_ »                    \_ \_ \_ \_ \_  
Дата  
П р и л о ж е н и е                    2  
к                    п р и к а з у                    М и н и с т р а                    т р у д а  
и                    с о ц и а л ь н о й                    з а щ и т ы                    н а с е л е н и я  
Р е с п у б л и к и                    К а з а х с т а н  
от 1 апреля 2014 года № 142-ө

Форма

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
м и н и с т р л і г і  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама**  
**Справка о степени утраты общей трудоспособности**  
**серия 000 № 000000**

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Туған күні «\_\_» \_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_

Дата рождения                    Адрес

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын  
құжат № \_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ ж.

Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного  
социального страхования

Пайызбен белгіленген жалпы еңбекке қабілетінен айырылу дәрежесі:  
\_\_\_\_\_ %

( ж а з б а ш а                    /                    п р о п и с ь ю )

Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_ Мерзімі 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_ бастап  
есептелді

Дата установления                    Срок зачтен с

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 ж. «\_» \_\_\_\_\_ дейінгі  
м е р з і м г е                    б е л г і л е н г е н

Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_\_ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_  
Дата

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан  
үзінді көшірме**

**Выписка из справки о степени утраты общей трудоспособности  
серия 000 № 000000**

(әлеуметтік төлемдерді тағайындайтын және жүзеге асыратын органдарға  
жіберіледі  
направляется в органы, назначающие и осуществляющие социальные  
выплаты)

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Туған күні «\_\_» \_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_

Дата рождения Адрес

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын  
құжат № \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ ж.

Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного  
социального страхования

Пайызбен белгіленген жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі:  
\_\_\_\_\_ %

( ж а з б а ш а / п р о п и с ь ю )

Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_ Мерзімі 20\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_ бастап  
есептелді

Дата установления Срок зачтен с

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 ж. «\_\_» \_\_\_\_\_  
дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_\_ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_  
Дата  
Приложение 3  
к приказу Министра труда  
и социальной защиты населения  
Республики Казахстан  
от 1 апреля 2014 года № 142-ө

Форма

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама**  
**Справка о степени утраты профессиональной трудоспособности**  
**серия 000 № 000000**

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Туған күні «\_\_» \_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_

Дата рождения Адрес

Жазатайым оқиға туралы акті №\_\_ «\_\_» 20\_\_ ж. \_\_\_\_\_

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы /  
полное наименование работодателя)

Диагнозы: \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Пайызбен белгіленген кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі:

\_\_\_\_\_%  
( ж а з б а ш а / п р о п и с ь ю )

Установлена в процентах степень утраты профессиональной  
трудоспособности

Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_ Мерзімі 20\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_ бастап  
есептелді

Дата установления Срок зачтен с

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_  
дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок  
до

Қайта куәландыру күні 20 \_\_\_\_ ж. « \_\_\_\_ »

Дата переосвидетельствования

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_\_ ж. « \_\_\_\_ »

Дата

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы  
анықтамадан үзінді көшірме**

**Выписка из справки о степени утраты профессиональной  
трудоспособности серия 000 № 000000**

(Жазатайым оқиға туралы акті берген жұмыс берушіге /  
для работодателя, выдавшего Акт о несчастном случае)

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Туған күні « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_

Дата рождения Адрес

Жазатайым оқиға туралы акті № \_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ ж. \_\_\_\_\_

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы /  
полное наименование работодателя)

Диагнозы: \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Пайызбен белгіленген кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі:  
\_\_\_\_\_ %

( ж а з б а ш а / п р о п и с ь ю )

Установлена в процентах степень утраты профессиональной трудоспособности

Белгіленген күні 20 \_\_\_\_ ж. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Мерзімі 20 \_\_\_\_ ж. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ бастап  
есептелді

Дата установления

Срок зачтен с

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20\_\_ж. «\_\_» \_\_  
дейінгі мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок  
до

Қайта куәландыру күні 20 \_\_\_\_ ж. «\_\_»  
Дата переосвидетельствования

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_

Дата

П р и л о ж е н и е 4  
к приказу Министра труда  
и социальной защиты населения  
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н  
от 1 апреля 2014 года № 142-ө

Форма

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және  
күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды**

**Заклучение о нуждаемости пострадавшего работника в  
дополнительных видах помощи и уходе серия 000 № 000000**

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Туған күні «\_\_» \_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_

Дата рождения Адрес

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі \_\_% себебі \_\_\_\_\_

Степень утраты профессиональной трудоспособности причина

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 ж. «\_\_» \_\_\_\_\_

д е й і н г і

мерзімге

б е л г і л е н г е н

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до



Жазатайым оқиға туралы акті №\_\_ «\_»\_\_ 20\_\_ ж. \_\_\_\_\_  
Акт о несчастном случае \_\_\_\_\_ (жұмыс берушінің толық атауы /  
полное наименование работодателя)

Диагнозы: \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж \_\_\_\_\_

Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе \_\_\_\_\_

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

К ү н і            2 0            \_\_            ж .            « \_\_\_\_ »            \_\_\_\_\_

Дата

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
м и н и с т р л і г і

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және  
күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды**

**Заключение о нуждаемости пострадавшего работника в  
дополнительных видах помощи и уходе серия 000 № 000000**

(Жазатайым оқиға туралы акті берген жұмыс берушіге / для  
работодателя, выдавшего Акт о несчастном случае)

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Туған күні «\_\_\_» \_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_

Дата рождения Адрес

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі \_\_\_% себебі \_\_\_\_\_

Степень утраты профессиональной трудоспособности причина

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 ж. «\_\_\_» \_\_\_ дейінгі  
мерзімге белгіленген

Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до

Жазатайым оқиға туралы акті №\_\_ «\_»\_\_ 20\_\_ ж. \_\_\_\_\_

Акт о несчастном случае (жұмыс берушінің толық атауы /  
полное наименование работодателя)

Диагнозы: \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж \_\_\_\_\_

Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе \_\_\_\_\_

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_

Дата

(кесу сызығы / линия отреза)

П р и л о ж е н и е 5  
к приказу Министра труда  
и социальной защиты населения

Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н

от 1 апреля 2014 года № 142-ө

Форма

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Толық оңалтылуы туралы хабарлама**

**Извещение о полной реабилитации**

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Туған күні \_\_\_\_\_ топтағы мүгедек

Дата рождения \_\_\_\_\_ Инвалид \_\_\_\_\_ группы

Мекенжайы \_\_\_\_\_

А д р е с

\_\_\_\_\_ медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінде 20\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_

кайта куәландырудан өтті,

Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе \_\_\_\_\_,

Мүгедек деп танылған жоқ.

Инвалидом не признан (а).

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_\_ ж. «\_\_\_\_-» \_\_\_\_\_

Дата

(кесу сызығы / линия отреза)

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

(өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Толық оңалтылуы туралы хабарлама**

**Извещение о полной реабилитации**

(Медициналық әлеуметтік сараптама актісіне тіркеледі /  
приобщается к Акту медико-социальной экспертизы)

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Туған күні \_\_\_\_\_ топтағы мүгедек

Дата рождения \_\_\_\_\_ Инвалид \_\_\_\_\_ группы

Мекенжайы \_\_\_\_\_

А д р е с

\_\_\_\_\_ медициналық-элеуметтік сараптама бөлімінде 20\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_  
қайта куәландырудан өтті,

Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе \_\_\_\_\_,

Мүгедек деп танылған жоқ.

Инвалидом не признан (а).

Негіздеме: медициналық-элеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі

Основание: акт медико-социальной экспертизы

М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Толық оңалтылуы туралы хабарламаны алдым \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Извещение о полной реабилитации получил (а) (қолы / подпись) (Т.А.Ә.  
/ Ф.И.О.)

Күні 20 \_\_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_

Дата