

**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 «Әділет»;

      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*

Приложение 1

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)

**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.)

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)

**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.)

Күні 20 ж. «\_\_» \_\_\_\_\_\_

Дата

Приложение 2

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)

**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:

\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(жазбаша / прописью)

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

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

                       (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 трудоспобности**

**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:

\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

          (жазбаша / прописью)

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:

\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

          (жазбаша / прописью)

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:

\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

          (жазбаша / прописью)

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

Приложение 4

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)

**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**

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)

      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**

**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)

Приложение 5

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)

**Толық оңалтылуы туралы хабарлама**

**Извещение о полной реабилитации**

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Туған күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ топтағы мүгедек

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

Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес

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

қайта 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес

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

қайта 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.)

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

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

                                                           / Ф.И.О.)

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

Дата

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