

О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 "Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы"

Утративший силу

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № 425. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 19 ноября 2021 года № 25221. Утратил силу приказом Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 28 июля 2023 года № 318.

Сноска. Утратил силу приказом Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения РК от 28.07.2023 № 318 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 "Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12886) следующие изменения:

преамбулу изложить в следующей редакции;

"В соответствии с подпунктом 6-1) пункта 1 статьи 7 Закона Республики Казахстан "О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан"

ПРИКАЗЫВАЮ:";

подпункты 1), 8) и 9) пункта 1 исключить;

приложение 1 к указанному приказу исключить;

приложения 2, 3, 4, 5, 6 и 7 к указанному приказу изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5 и 6 к настоящему приказу;

приложения 8 и 9 к указанному приказу исключить.

2. Департаменту развития политики социальных услуг Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Сакеева Р.К.

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

*Министр труда
и социальной защиты населения
Республики Казахстан*

С. Шапкенов

Приложение 1 к приказу
Министра труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 17 ноября 2021 года № 425
Приложение 2 к приказу
Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
Министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан
Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша
департаменті
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
_____ бөлімінің

**Мүгедектік және кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы
анықтамаларды есепке алу журналы**

**Журнал учета справок об инвалидности и степени утраты
профессиональной трудоспособности отдела _____**

20 __ жылғы " __ " _____ басталды
20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды

**Мүгедектік туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу
Учет движения справок об инвалидности**

| № | Күні Дата | Мүгедектік туралы анықтаманың сериясы, № Серия, № справки об инвалидности | Саны /Количество | | Берілді Выдано | | Қалдық (саны) Остаток (количество) |
|---|--------------|---|--------------------|-------------------|----------------|--|---------------------------------------|
| | | | Алынды Получено | Берілді Выдано | Бөлім Отдел | Алушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись получателя | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу

Учет движения справок о степени утраты профессиональной трудоспособности

| № | Күні Дата | Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы | Саны /Количество | | Берілді Выдано | | Қалдық (саны) Остаток (количество) |
|---|--------------|--|--------------------|-------------------|----------------|--|---------------------------------------|
| | | | Алынды Получено | Берілді Выдано | Бөлім Отдел | Алушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись получателя | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

| | |
|---------|--|
| Образец | Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы. |
|---------|--|

(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы/
Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись
"___" _____ 20__ жыл/год
М.О./М.П.

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 2 к приказу
Министра труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 17 ноября 2021 года № 425
Приложение 3 к приказу
Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 21 декабря 2015 года № 983
Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
Министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан
Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша
департаменті
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
_____ бөлімінің

Мүгедектік туралы анықтаманы беруді тіркеу журналы
Журнал регистрации выдачи справки об инвалидности отдела _____

20__ жылғы "___" _____ басталды
20__ жылғы "___" _____ аяқталды

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--------------|--|--|--|--|---|
| | Күні Дата | Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) Фамилия, имя , отчество (при его наличии) | Мүгедектік тобы, себебі Группа, причина инвалидности | Мүгедектік мерзімі С р о к инвалидности | Анықтаманың сериясы, № Серия, № справки | Алушының қолы Подпись получателя |

Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

Нөмірленген және тігілген
Пронумеровано и прошнуровано _____
_____ бет/листа (ов).

| | |
|---------|---|
| Образец | (жазбаша/прописью) Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы. |
| | _____ _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии),подпись "___"_____20___ жыл/год М.О./М.П. |

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 3 к приказу
Министра труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 17 ноября 2021 года № 425
Приложение 4 к приказу
Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 21 декабря 2015 года № 983
Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
Министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан
Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша
департаменті
Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
_____ бөлімінің

**Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтаманы беруді тіркеу
журналы**
**Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты общей трудоспособности
отдела _____**

20 __ жылғы " __ " _____ басталды
20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды

| № | Күні Дата | Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) Фамилия, имя , отчество | Жалпы еңбек е т у қабілетінен айырылу дәрежесі Степень утраты общей | Жалпы еңбек е т у қабілетінен айырылу мерзімі Срок утраты о б щ е й | Анықтаманың сериясы, № Серия, № справки | Алушының қолы Подпись получателя |
|---|--------------|--|---|---|--|---|
| | | | | | | |

| | | (при его наличии) | тұрдыспособн ости | тұрдыспособн ости | | |
|---|---|-------------------|----------------------|----------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

| | |
|---------|--|
| Образец | Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ ___ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы. |
| | _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись "___" _____ 20___ жыл/год М.О./М.П. |

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 4 к приказу
 Министра труда и социальной
 защиты населения
 Республики Казахстан
 от 17 ноября 2021 года № 425
 Приложение 5 к приказу
 Министра здравоохранения
 и социального развития
 Республики Казахстан
 от 21 декабря 2015 года № 983
 Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
 Министрлігі
 Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан
 Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша
 департаменті
 Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
 _____ бөлімінің

**Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтаманы және кәсіптік
 еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан және
 медициналық-әлеуметтік сараптама актісінен үзінді көшірмені беруді тіркеу журналы**

Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты профессиональной трудоспособности и выписки из справки о степени утраты профессиональной трудоспособности и акта медико-социальной экспертизы отдела _____

20 __ жылғы " __ " _____ басталды

20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды

| № | Күні/ Дата | Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі Степень утраты профессиональной трудоспособности | Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу мерзімі Срок утраты профессиональной трудоспособности | Анықтаманың сериясы, № Серия, № справки | Алушының қолы Подпись получателя |
|---|---------------|---|---|---|--|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

| | |
|---------|---|
| Образец | <p>Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ __ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.</p> <hr/> <p>(Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись " __ " _____ 20 __ жыл/год М.О./М.П.</p> |
|---------|---|

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 5 к приказу
Министра труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 17 ноября 2021 года № 425
Приложение 6 к приказу
Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 21 декабря 2015 года № 983
Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
 Министрлігі
 Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан
 Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша
 департаменті
 Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
 _____ бөлімінің

**Зардап шеккен қызметкердің қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаждығы
 туралы қорытындыларды беруді тіркеу журналы**
**Журнал регистрации выдачи заключений о нуждаемости пострадавшего работника в
 дополнительных видах помощи и уходе отдела _____**

20 __ жылғы " __ " _____ басталды
 20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды

| № | Күні Дата | Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаж Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе | Қорытындының сериясы, № Серия, № заклучения | Алушының қолы Подпись получателя |
|---|--------------|---|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

| | |
|---------|--|
| Образец | Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ ___ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы. _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), Подпись " __ " _____ 20 __ жыл/год М.О./М.П. |
|---------|--|

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 6 к приказу
 Министра труда и социальной
 защиты населения
 Республики Казахстан
 от 17 ноября 2021 года № 425

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
 Министрлігі
 Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан
 Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ бойынша
 департаменті
 Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по _____
 _____ бөлімінің

Медициналық-әлеуметтік сараптама актілерінің қозғалысын есепке алу журналы
Журнал учета движения актов медико-социальной экспертизы отдела _____

—

20 __ жылғы " __ " _____ басталды
 20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды

| № | Жіберген күні Дата отправки | Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Туған күні Дата рождения | Бөлім Отдел | Соңғы куәландырылған күні Дата последнего освидетельствования | Қорытынды (мүгедектік тобы, себебі, мерзімі, жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі мен мерзімі, кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі, себебі, мерзімі) Заключение (группа, причина, срок инвалидности, степень и срок утраты общей трудоспособности, степень, причина, срок утраты профессиональной трудоспособности) |
|--|--|--|--------------------------------|----------------|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Қандай құжаттың негізінде На основании какого документа | Кімге берілді, қайда жіберілді. Мекенжайы Кому передано, куда направлено. Адрес подпись отправителя | Жіберушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы Фамилия, имя, отчество (| Ескертпе | | | |

| | | | |
|---|---|--|----------------|
| | | при его наличии), подпись отправите ля | Примечан ие |
| 8 | 9 | 10 | 11 |

Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью руководителя отдела.

| | |
|---------|--|
| Образец | Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ ____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Бөлім басшысы Руководитель отдела _____ _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись " ____ " _____ 20 ____ жыл/год М.О./М.П. |
|---------|--|

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.