

О внесении изменений в приказ Заместителя Премьер-Министра – Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 28 июля 2023 года № 318 "Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы"

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 27 декабря 2024 года № 493. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 декабря 2024 года № 35557

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Заместителя Премьер-Министра – Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 28 июля 2023 года № 318 "Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 33209) следующие изменения:

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

2. Департаменту методологии и совершенствования медико-социальной экспертизы 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 курирующего вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

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. Жакупова

Приложение 1 к приказу
Министр труда и социальной

защиты населения
Республики Казахстан
от 27 декабря 2024 года № 493

Приложение 1 к приказу
Заместитель Премьер-Министра
-Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года № 318

Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан
Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің_____бойынша
департаменті
Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по_____
Мүгедектік және кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтамаларды
есепке алу журналы
Журнал учета справок об инвалидности и степени утраты профессиональной
трудоспособности отдела_____

20__ жылы " __ " _____ басталды
20__ жылғы " __ " _____ аяқталды
начат " __ " _____ 20__ год
окончен " __ " _____ 20__ год

Мүтедектік туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу Учет движения справок об инвалидности

(1 - 50 страница)

№	Күні Дата	Мүгедектік туралы анықтаманы ң сериясы, № Серия, № справки о б инвалиднос ти	Саны / Количество	Берілді Выдано	Берілді Выдано	Алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы Фамилия, и м я , отчество (при его наличии), подпись получателя	Қалдық (саны) Остаток (количество)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу Учет движения справок о степени утраты профессиональной трудоспособности

(50 - 100 страница)

			Саны / Количество		Берілді Выдано		
№	Күні Дата	Мүгедектік туралы анықтаманы ң сериясы, № Серия, № справки о б инвалиднос ти	Алынды Получено	Берілді Выдано	Бөлім Отдел	Алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы Фамилия, и м я , отчество (при его наличии), подпись получателя	Қалдық (саны) Остаток (количество)
1	2	3	4	5	6	7	8

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью заместителя руководителя.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя. _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись " ____ " _____ 20 ____ жыл/год М.О./М.П.
---------	---

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом

Приложение 2 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 27 декабря 2024 года № 493
Приложение 2 к приказу
Заместитель Премьер-Министра
-Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года № 318
Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты
әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ бойынша
департаменті

Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по _____
 _____ бөлімінің мүгедектік туралы анықтаманы беруді тіркеу журналы
 Журнал регистрации выдачи справки об инвалидности отдела _____

20 __ жылғы " __ " _____ басталды
 20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды
 начат " __ " _____ 20 __ год
 окончен " __ " _____ 20 __ год

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) 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
1	2	3	4	5	6	7

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью заместителя руководителя.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя. _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись " __ " _____ 20 __ жыл/год М.О./М.П.
---------	--

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 3 к приказу
 Министр труда и социальной
 защиты населения
 Республики Казахстан
 от 27 декабря 2024 года № 493
 Приложение 3 к приказу
 Заместитель Премьер-Министра
 -Министр труда и социальной
 защиты населения
 Республики Казахстан
 от 28 июля 2023 года № 318
 Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
 Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты
 әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің _____ бойынша

департаменті
Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по _____
_____ бөлімінің Жалпы еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтаманы беруді
тіркеу журналы
Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты общей трудоспособности отдела _____

20 __ жылғы " __ " _____ басталды
20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды
начат " __ " _____ 20 __ год
окончен " __ " _____ 20 __ год

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя , отчество (при его наличии)	Жалпы еңбекке қабілеттілікте н айырылу дәрежесі Степень утраты общей трудоспособн ости	Жалпы еңбекке қабілеттілікте н айырылу мерзімі/ Срок утраты общей трудоспособн ости	Анықта маның сериясы, № Серия, № справки	Алушының қолы Подпись получателя
1	2	3	4	5	6	7

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью заместителя руководителя.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя. _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись " __ " _____ 20 __ жыл/год М.О./М.П.
---------	--

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 4 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 27 декабря 2024 года № 493
Приложение 4 к приказу
Заместитель Премьер-Министра
-Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года № 318
Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения

Республики Казахстан Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау
комитетінің _____ бойынша департаменті

Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по _____
_____ бөлімінің Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтаманы
және кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен 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

начат " __ " _____ 20 __ год

окончен " __ " _____ 20 __ год

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя , отчество (при его наличии)	Кәсіптік еңбекке қабілеттілікте н айырылу дәрежесі Степень утраты профессионал ьной трудоспособн ости	Кәсіптік еңбекке қабілеттілікте н айырылу мерзімі Срок утраты профессионал ьной трудоспособн ости	Анықта маның сериясы, № Серия, № справки	Алушының қолы Подпись получателя
1	2	3	4	5	6	7

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и
скрепить штампом и подписью заместителя руководителя.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя. _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись " __ " _____ 20 __ жыл/год М.О./М.П.
---------	---

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо
оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 27 декабря 2024 года № 493
Приложение 5 к приказу
Заместитель Премьер-Министра
-Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года № 318
Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения
Республики Казахстан Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау
комитетінің _____ бойынша департаменті
Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по _____
_____ бөлімінің зардап шеккен жұмыскердің 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
начат " __ " _____ 20 __ год
окончен " __ " _____ 20 __ год

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаж Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе	Қорытындының сериясы, № Серия, № заключения	Алушының колы Подпись получателя
1	2	3	4	5	6

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и
скрепить штампом и подписью заместителя руководителя.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя. _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), колы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись " __ " _____ 20 __ жыл/год М.О./М.П.
---------	--

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 6 к приказу
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 27 декабря 2024 года № 493
Приложение 6 к приказу
Заместитель Премьер-Министра
-Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года № 318
Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения
Республики Казахстан Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау
комитетінің _____ бойынша департаменті
Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по _____
_____ бөлімінің Медициналық-әлеуметтік сараптама актілерінің қозғалысын есепке алу
журналы
Журнал учета движения актов медико-социальной экспертизы отдела _____

20 __ жылғы " __ " _____ басталды
20 __ жылғы " __ " _____ аяқталды
начат " __ " _____ 20 __ год
окончен " __ " _____ 20 __ год

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя , отчество (при его наличии)	Туған күні Д а т а (рождения)	Бөлім Отдел	Соңғы куәландырыл ған күні Д а т а последнего освидетельств ования	Қорытынды (мүгедектік тобы, себебі, мерзімі, жалпы еңбекке қабілеттілікте н айырылу дәрежесі мен мерзімі, кәсіптік еңбекке қабілеттілікте н 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 (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись отправителя	Ескертпе Примечание
8	9	10	11

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью заместителя руководителя.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Басшының орынбасары Заместитель руководителя. _____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись " __ " _____ 20 __ жыл/год М.О./М.П.
---------	--

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.