

**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 \_\_ жылғы "\_\_" \_\_\_\_\_\_ басталды 20 \_\_ жылғы "\_\_" \_\_\_\_\_\_ аяқталды начат "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год окончен "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год |

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

      (1 - 50 страница)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Саны /Количество |  | Берілді Выдано |  |  |
| № | Күні  Дата | Мүгедектік туралы анықтаманың сериясы, № Серия,  № справки об инвалидности | Алынды  Получено | Берілді  Выдано | Бөлім  Отдел | Алушының тегi, аты, әкесiнiң аты (бар болса), қолы  Фамилия, имя, 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 анықтаманың сериясы, № Серия,  № справки об инвалидности | Алынды  Получено | Берілді  Выдано | Бөлім  Отдел | Алушының тегi, аты, әкесiнiң аты (бар болса), қолы  Фамилия, имя , 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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң 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  Срок 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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң 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 социальнй 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 қабілеттіліктен айырылу дәрежесі  Степень утраты общей трудоспособности | Жалпы еңбекке қабілеттіліктен айырылу мерзімі/  Срок утраты общей трудоспособности | 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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң 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 қабілеттіліктен айырылу дәрежесі  Степень утраты профессиональной  трудоспособности | Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу мерзімі  Срок утраты профессиональной  трудоспособности | 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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң 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 5 к приказу 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 қолы  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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң 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 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  Дата рождения | Бөлім  Отдел | Соңғы куәландырылған күні  Дата последнего освидетельствования | Қорытынды (мүгедектік тобы, себебі, мерзімі, жалпы еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі мен мерзімі, кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен 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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң 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.

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