

Приложение № 2
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 13 июня 2017 г. № 486н

(в ред. Приказов Минтруда России
от 30.05.2018 № 322н,
от 04.04.2019 № 215н,
от 15.12.2020 № 895н)

Форма

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

**Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида ¹,
выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной
экспертизы**

ИПРА инвалида №

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|---|--|
| | . | | . | | / | | . | |
|--|---|--|---|--|---|--|---|--|

к протоколу проведения медико-социальной экспертизы №

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 от «

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 »

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 20

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 г.

Общие данные

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

1(1). Нуждаемость инвалида в оказании паллиативной медицинской помощи

| |
|--|
| |
|--|

2. Дата рождения: день

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 месяц

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 год

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

3. Возраст: _____

4. Пол:

| | |
|------|--|
| 4.1. | |
|------|--|

 мужской

| | |
|------|--|
| 4.2. | |
|------|--|

 женский

5. Гражданство:

| | | | | | |
|------|--------------------------------|------|--|------|--|
| 5.1. | гражданин Российской Федерации | 5.2. | гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации | 5.3. | лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации |
| | | | | | |

6. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (нужное отметить):

6.1. государство: _____

6.2. индекс: _____

6.3. субъект Российской Федерации: _____

¹ Далее – ИПРА инвалида.

(не указывается в случае проживания за пределами территории Российской Федерации)

6.4. район:

6.5. населенный пункт:

6.6. улица:

6.7. дом/корпус/строение:

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | / | | / | |
|--|---|--|---|--|

6.8. квартира:

6.9. этаж проживания:

7. Лицо без определенного места жительства

8. Наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, осуществляющего пенсионное обеспечение инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации:

9. Наименование и адрес медицинской организации, направившей инвалида на медико-социальную экспертизу:

10. ОГРН медицинской организации, направившей инвалида на медико-социальную экспертизу:

11. Место постоянной регистрации:

11.1. государство:

11.2. индекс:

11.3. субъект Российской Федерации:

(не указывается в случае проживания за пределами территории Российской Федерации)

11.4. район:

11.5. населенный пункт:

11.6. улица:

11.7. дом/корпус/строение:

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | / | | / | |
|--|---|--|---|--|

11.8. квартира:

12. Лицо без постоянной регистрации

| |
|--|
| |
|--|

13. Контактная информация:

13.1. контактные телефоны:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

13.2. адрес электронной почты:

14. Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

15. Документ, удостоверяющий личность инвалида (указать наименование документа):

| | | | | | | |
|--|-------|--|---|--|-----------|--|
| | серия | | № | | кем выдан | |
|--|-------|--|---|--|-----------|--|

когда выдан _____

16. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя инвалида:

(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

16.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя инвалида (указать наименование документа):

| | | | | |
|--|-------|--|---|--|
| | серия | | № | |
|--|-------|--|---|--|

| | | | |
|-----------|--|-------------|--|
| кем выдан | | когда выдан | |
|-----------|--|-------------|--|

16.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя инвалида (указать наименование документа):

| | | | | |
|--|-------|--|---|--|
| | серия | | № | |
|--|-------|--|---|--|

| | | | |
|-----------|--|-------------|--|
| кем выдан | | когда выдан | |
|-----------|--|-------------|--|

16.3. страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя инвалида: _____

17. Основная профессия (специальность): _____

| | | |
|--------------------|--|-----|
| 17.1. стаж работы: | | лет |
|--------------------|--|-----|

17.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание): _____

17.3. выполняемая работа на момент проведения медико-социальной экспертизы (должность, профессия, специальность, квалификация, стаж работы по указанной должности, профессии, специальности): _____

| | | |
|--------------------|--|-----|
| 17.4. не работает: | | лет |
|--------------------|--|-----|

| | | | | |
|--------------------------------|--|------|--|-----|
| 17.5. трудовая направленность: | | есть | | нет |
|--------------------------------|--|------|--|-----|

| | | | | |
|--|--|----|--|-----|
| 17.6. состоит на учете в службе занятости: | | да | | нет |
|--|--|----|--|-----|

18. Инвалидность:

| | | | | | |
|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|
| 18.1. | первая группа | 18.2. | вторая группа | 18.3. | третья группа |
|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|

18.4. причина инвалидности: _____

| | | | | | |
|---|--|-------|--|-----|--|
| 18.5. дата установления группы инвалидности: день | | месяц | | год | |
|---|--|-------|--|-----|--|

18.6. группа инвалидности установлена впервые, повторно (нужное отметить), на срок до:

(после предлога «до» указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено переосвидетельствование, либо делается запись «бессрочно»)

19. Реабилитационный или абилитационный потенциал (нужное отметить):

высокий, удовлетворительный, низкий

20. Реабилитационный или абилитационный прогноз (нужное отметить):

благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неясный)

21. Показания для проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий:

| Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности | Степень ограничения (1, 2, 3) |
|---|-------------------------------|
| Способность к самообслуживанию | |
| Способность к передвижению | |
| Способность к ориентации | |
| Способность к общению | |
| Способность к обучению | |
| Способность к трудовой деятельности | |
| Способность к контролю за своим поведением | |

22. ИПРА инвалида разработана впервые, повторно (нужное отметить) на срок до:

(после предлога «до» указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено очередное переосвидетельствование, либо делается запись «бессрочно»)

23. ИПРА инвалида разрабатывалась при очном, заочном проведении медико-социальной экспертизы (нужное отметить).

24. Дата вынесения решений по ИПРА инвалида: «» 20 г.

25. Дата выдачи ИПРА инвалида: «» 20 г.

Мероприятия по медицинской реабилитации или абилитации

| Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации ² | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|---|---|---|
| Медицинская реабилитация | | |
| <input type="checkbox"/> Нуждается | | |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Реконструктивная хирургия | | |
| <input type="checkbox"/> Нуждается | | |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается | | |

² Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации инвалида выносится с учетом заключения медицинской организации о рекомендуемых мероприятиях по медицинской реабилитации, по реконструктивной хирургии, по протезированию и ортезированию, санаторно-курортному лечению, указанных в пунктах 34 - 37 формы № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией», утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 сентября 2018 г. № 578н/606н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 ноября 2018 г., регистрационный № 52777).

| Протезирование и ортезирование | | |
|---|--------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Нуждается | |
| <input type="checkbox"/> | Не нуждается | |
| Санаторно-курортное лечение (предоставляется в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг) | | |
| <input type="checkbox"/> | Нуждается | |
| <input type="checkbox"/> | Не нуждается | |

Мероприятия по общему и профессиональному образованию

| Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по общему и профессиональному образованию | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|---|---|---|
| Рекомендации по условиям организации обучения | | |
| <input type="checkbox"/> | Нуждается | |
| <input type="checkbox"/> | Не нуждается | |

Мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации

| Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по профессиональной реабилитации или абилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|---|---|---|
| Профессиональная ориентация | | |
| <input type="checkbox"/> | Нуждается | |
| <input type="checkbox"/> | Не нуждается | |
| Содействие в трудоустройстве | | |
| <input type="checkbox"/> | Нуждается | |
| <input type="checkbox"/> | Не нуждается | |

О возможности трудоустройства путем постановки на учет в органах занятости проинформирован

Дата информирования: «» 20 г.

Информация о согласии инвалида на обращение к нему органов службы занятости в целях оказания ему содействия в трудоустройстве и подборе подходящего рабочего места (при очном освидетельствовании)

| | | | |
|--------------------------|----------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Согласен | | |
| <input type="checkbox"/> | | (подпись инвалида, его законного или уполномоченного представителя) | (фамилия, инициалы) |

Рекомендации о показанных и противопоказанных видах трудовой деятельности с учетом нарушенных функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами

| Стойкие нарушения функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами | | Рекомендации о противопоказанных видах трудовой деятельности * |
|---|---|---|
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии – при врожденной патологии) зрительного контроля могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| <input type="checkbox"/> | Нарушение функции зрения | |
| | | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии – при врожденной патологии) слухового контроля могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| <input type="checkbox"/> | Нарушение функции слуха | |
| | | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, связанные с постоянным зрительным контролем за процессом работы, требующие безусловной реакции на звуковые и речевые сигналы и символы, которые при утрате (отсутствии) слухового и зрительного контроля могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| <input type="checkbox"/> | Нарушение одновременно функций зрения и слуха (слепоглухота) | |
| | | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии) двигательных функций верхних конечностей могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| <input type="checkbox"/> | Нарушение функции верхних конечностей | |
| | | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии) двигательных функций нижних конечностей могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| <input type="checkbox"/> | Нарушение функции нижних конечностей | |
| | | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии) двигательных функций нижних конечностей (или верхних и нижних конечностей одновременно) могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| <input type="checkbox"/> | Нарушение функции опорно-двигательного аппарата, вызывающее необходимость использования кресла-коляски | |
| | | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при снижении (отсутствии) интеллектуально-мнестических (когнитивных) функций могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |

| | | |
|--|--|--|
| | Нарушение интеллекта | |
| | | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при утрате (отсутствии) экспрессивной речи (обеспечение речевых интеракций – коммуникаций) могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| | Нарушение языковых и речевых функций | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| | Нарушение функции сердечно-сосудистой системы | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| | Нарушение функции дыхательной системы | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, отсутствия возможности соблюдения режима питания, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| | Нарушение функции пищеварительной системы | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые при отсутствии возможности соблюдения режима питания и приема (введения) препаратов, в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| | Нарушения функций эндокринной системы и метаболизма | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий (в том числе, наличия тепловых и электромагнитных излучений, ионизирующих и не ионизирующих источников излучения, ультрафиолетовой радиации, повышенной инсоляции), могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| | Нарушения функций системы крови и иммунной системы | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, отсутствия возможности соблюдения режима питания и (или) проведения санитарно-гигиенических процедур, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |

| | | |
|--|--|---|
| | Нарушение мочевыделительной функции | |
| | | Виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к потере здоровья инвалида. |
| | Нарушения функций кожи и связанных с ней систем | |
| | | |
| | Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством | При аномальных отверстиях пищеварительного тракта – виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, отсутствия возможности соблюдения режима питания, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| | | При аномальных отверстиях мочевого тракта – виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, отсутствия возможности соблюдения режима питания и (или) проведения санитарно-гигиенических процедур, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |
| | | При аномальных отверстиях дыхательного тракта – виды трудовой и профессиональной деятельности, которые в условиях интенсивной физической нагрузки и эмоционального напряжения, предполагающих высокий риск стрессовых ситуаций, наличия неблагоприятных макро- и микроклиматических условий могут привести к угрозе жизни и/или потере здоровья инвалида и/или людей. |

* Все виды трудовой деятельности, за исключением упомянутых в графе «Рекомендации о противопоказанных видах трудовой деятельности» таблицы по отмеченному в ней строке (отмеченным строкам), являются показанными для подбора видов трудовой деятельности инвалиду с учетом нарушенных функций организма.

Рекомендуемые условия труда (нужное отметить)

| | | |
|--|---|--|
| | Нуждается в дополнительных перерывах | |
| | | |
| | Доступны виды трудовой деятельности в оптимальных, допустимых условиях труда | |
| | | |
| | Доступны виды трудовой деятельности в любых условиях труда, но выполнение трудовой деятельности может быть затруднено | |
| | | |
| | Трудовая деятельность возможна при значительной помощи других лиц | |
| | | |

**Рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места
для трудоустройства инвалида (нужное отметить)**

| | | |
|--------------------------|------------|--|
| <input type="checkbox"/> | по зрению: | |
|--------------------------|------------|--|

| | | |
|--------------------------|-----------|--|
| <input type="checkbox"/> | по слуху: | |
|--------------------------|-----------|--|

| | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | с одновременным нарушением функции зрения и слуха: | |
|--------------------------|--|--|

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, в том числе передвигающегося с использованием |
|--------------------------|---|

кресла-коляски:

| | | |
|--------------------------|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | с прочими нарушениями: | |
|--------------------------|------------------------|--|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

Рекомендации по производственной адаптации (нужное отметить):

1. Социально-психологическая адаптация:

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | нуждается |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

2. Социально-производственная адаптация:

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | нуждается |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

Мероприятия по социальной реабилитации или абилитации

| Заклучение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по социальной реабилитации или абилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|---|---|---|
| Социально-средовая реабилитация или абилитация | | |
| <input type="checkbox"/> | Нуждается | |
| <input type="checkbox"/> | Не нуждается | |
| Социально-психологическая реабилитация или абилитация | | |

| | | | |
|--|--------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Нуждается | | |
| <input type="checkbox"/> | Не нуждается | | |
| Социокультурная реабилитация или абилитация | | | |
| <input type="checkbox"/> | Нуждается | | |
| <input type="checkbox"/> | Не нуждается | | |
| Социально-бытовая адаптация | | | |
| <input type="checkbox"/> | Нуждается | | |
| <input type="checkbox"/> | Не нуждается | | |

Заключение о возможности (невозможности) осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни (нужное отметить)

(заполняется в отношении инвалида, проживающего в организации социального обслуживания и получающего социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Возможно осуществление самообслуживания и ведение самостоятельного образа жизни |
| <input type="checkbox"/> | Невозможно осуществление самообслуживания и ведение самостоятельного образа жизни |
| <input type="checkbox"/> | Возможно самообслуживание и ведение самостоятельного образа жизни с регулярной помощью других лиц |
| <input type="checkbox"/> | |

Рекомендации по оборудованию жилого помещения, занимаемого инвалидом, специальными средствами и приспособлениями (нужное отметить)

1. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции опорно-двигательного аппарата, в том числе использующих кресла-коляски и иные вспомогательные средства передвижения:

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | нуждается |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

2. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции слуха, при необходимости использования вспомогательных средств:

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | нуждается |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

3. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции зрения, при необходимости использования собаки-проводника, иных вспомогательных средств:

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | нуждается |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

4. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством иных функций:

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | нуждается |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

Физкультурно-оздоровительные мероприятия, мероприятия по занятию спортом

| Виды, формы и объемы рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|---|---|---|
| Информирование и консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта | | |
| | | |
| | | |

Рекомендуемые технические средства реабилитации³ и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета

| Перечень ТСР и услуг по реабилитации или абилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий | Примечание ⁴ |
|---|---|---|-------------------------|
| | | | |
| Сопровождение инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР за счет средств федерального бюджета, и обратно | | | |
| <input type="checkbox"/> | нуждается | | |
| <input type="checkbox"/> | не нуждается | | |

ТСР и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации⁵

| Перечень ТСР и услуг по реабилитации или абилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

ТСР и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет собственных средств инвалида либо средств других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности⁶

³ Далее – ТСР.

⁴ В данном разделе указывается номер ИПРА инвалида, в которой впервые определены медицинские показания для обеспечения техническим средством реабилитации и услуги по реабилитации или абилитации.

⁵ В данном разделе указываются рекомендации по обеспечению реабилитационными или абилитационными мероприятиями, ТСР и услугами по реабилитации или абилитации, предусмотренными региональными перечнями реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг, предоставляемых инвалиду.

⁶ В данном разделе указываются рекомендации по обеспечению ТСР и услугами по реабилитации или абилитации, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм.

| Перечень ТСР и услуг по реабилитации или абилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Заключение о наличии медицинских показаний для приобретения инвалидом транспортного средства за счет собственных средств либо средств других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

Виды помощи, в которых нуждается инвалид для преодоления барьеров, препятствующих ему в получении услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами (нужное отметить)

1. Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски:

 нуждается

 не нуждается

2. Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в самообслуживании вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

 нуждается

 не нуждается

3. Помощь инвалиду по зрению – слабовидящему на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

 нуждается

 не нуждается

4. Помощь инвалиду по зрению – слепому на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

 нуждается

 не нуждается

5. Обеспечение допуска на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение и выдаваемого по установленной форме:

 нуждается

 не нуждается

6. Помощь инвалиду по слуху – слабослышащему на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

 нуждается

 не нуждается

7. Помощь инвалиду по слуху – глухому на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

 нуждается

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

8. Предоставление инвалиду по слуху – глухому услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика (при необходимости):

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | нуждается |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

9. Предоставление инвалиду, имеющему одновременно нарушения функций слуха и зрения, услуг тифлсурдопереводчика, включая обеспечение его допуска (при необходимости):

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | нуждается |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

10. Оказание необходимой помощи инвалиду, имеющему интеллектуальные нарушения, в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий:

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | нуждается |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | не нуждается |
|--------------------------|--------------|

Прогнозируемый результат: восстановление нарушенных функций (полностью, частично), достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций (полностью, частично); восстановление (формирование) способности осуществлять самообслуживание (полностью, частично), самостоятельно передвигаться (полностью, частично), ориентироваться (полностью, частично), общаться (полностью, частично), контролировать свое поведение (полностью, частично), обучаться (полностью, частично), заниматься трудовой деятельностью (полностью, частично)

| | | | |
|--|-----------|--|---------------------|
| Руководитель бюро (главного бюро, Федерального бюро) медико-социальной экспертизы (должностное лицо, уполномоченное руководителем бюро (главного бюро, Федерального бюро) | | | |
| | (подпись) | | (инициалы, фамилия) |

М.П.

Примечания:

1. ИПРА инвалида присваивается регистрационный номер, в котором указывается порядковый номер ИПРА инвалида, номер бюро или экспертного состава (при указании экспертного состава указывается буквенный индекс «ЭС»), код субъекта Российской Федерации и через дробь текущий год. (Например: 12.2.05/2015, то есть 12 – порядковый номер, 2 – номер бюро, 05 – код Республики Дагестан, 2015 – год составления ИПРА; 136.13.ЭС.77/2015, то есть 136 – порядковый номер, 13 – номер экспертного состава, 77 – код г. Москвы, 2015 – год составления ИПРА инвалида). При разработке ИПРА инвалида часть данных отмечается условным знаком «X», вносимым в соответствующие квадраты, свободные строки предназначены для текстовой информации. При распечатывании электронной формы ИПРА инвалида допускается вывод на печать только отмеченных и заполненных полей.

2. В случае внесения дополнений и изменений в ИПРА инвалида в течение одного года с момента ее утверждения новая ИПРА инвалида учитывается под прежним регистрационным номером с добавлением порядкового номера через дробь. (Например: 12.2.05/2015/2, то есть 12 – порядковый номер, 2 – номер бюро, 05 – Республика Дагестан, 2015 – год составления ИПРА инвалида, 2 – кратность разработки ИПРА инвалида в году).

3. В разделе «1. Общие данные» формы ИПРА инвалида указываются общие данные о инвалиде в соответствии с данными, указанными в протоколе проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы.

4. В графы «Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по реабилитации или абилитации» (медицинской, общему и профессиональному образованию, профессиональной, социальной), «Перечень ТСР и услуг по реабилитации или абилитации» заносятся сведения в отношении освидетельствуемого гражданина, которые отмечаются условным знаком «X», вносимым в соответствующие квадраты, или прописываются текстовой информацией.

5. В графах «Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий» указывается срок, в течение которого предоставляются реабилитационные или абилитационные мероприятия, технические средства реабилитации и услуги.

6. В графах «Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий», «Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий» по соответствующим позициям указывается исполнитель проведения реабилитационного или абилитационного мероприятия (орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сферах социальной защиты населения, охраны здоровья, образования, в области содействия занятости населения, физической культуры и спорта; региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации; сам ребенок-инвалид (его законный или уполномоченный представитель) либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм).