

Приложение № 11
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. № 46н

Форма

**Информированное добровольное согласие
на приобретение услуг по комплексной реабилитации и абилитации в
пользу ребенка-инвалида в организации, предоставляющей услуги по
реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе, или
в федеральном учреждении, предоставляющем услуги по реабилитации
и абилитации детей-инвалидов, подведомственном Министерству труда
и социальной защиты Российской Федерации, с учетом возможности
отказа от отдельных видов мероприятий комплексной реабилитации и
абилитации в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг
по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

зарегистрированный (зарегистрированная) по адресу:

_____,
документ, удостоверяющий личность _____

_____,
(наименование вида документа, серия и номер документа, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи документа)

являюсь родителем/иным законным представителем ребенка-инвалида,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

_____ (реквизиты документа, подтверждающего полномочия иного законного представителя ребенка-инвалида)

приходящегося мне _____, зарегистрированного по адресу:

даю информированное добровольное согласие на приобретение услуги по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида (далее - услуга) в рамках участия в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, Правила реализации которого утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. № 2339 (далее – пилотный проект), в

_____ (полное наименование организации, предоставляющей услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе, или федерального учреждения, предоставляющего услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственного Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации)

_____ (далее – организация)

- в полустационарной форме
- в стационарной форме без сопровождающего лица
- в стационарной форме с сопровождающим лицом

и включающей следующие основные направления реабилитации:

- социально-бытовая адаптация
- социально-средовая реабилитация и абилитация
- социально-педагогическая реабилитация и абилитация
- социально-психологическая реабилитация и абилитация
- социокультурная реабилитация и абилитация
- адаптивная физическая культура

Сотрудник организации _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

в доступной для меня форме разъяснил мне следующее:

- порядок приобретения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида с использованием электронного сертификата;
- право на получение услуги в течение 21 дня не позднее 12 месяцев со дня установления ребенку категории «ребенок-инвалид» впервые;
- право однократно в течение первых 3 календарных дней после начала оказания услуги в организации принять решение о продолжении оказания услуги в иной организации или в иной период;
- перечень основных направлений реабилитации, которые планируется оказывать ребенку-инвалиду в рамках стандарта предоставления услуги на основании заключаемого договора на приобретение комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида.

Я отказываюсь от отдельных видов основных направлений реабилитации в рамках оказания ребенку услуги по комплексной реабилитации и абилитации *(заполняется в случае отказа)*:

Мне разъяснены права на конфиденциальность информации и защиту персональных данных, защиту своих прав и законных интересов в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также на обеспечение условий пребывания в организации, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям и требованиям доступности для инвалидов.

Я ознакомлен с порядком оказания услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в организации и согласен его соблюдать.

_____	_____	" " _____ Г.
фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида	подпись	дата (число, месяц, год)

Информированное добровольное согласие принято:

_____	_____	" " _____ Г.
фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного сотрудника организации	подпись	дата (число, месяц, год)