

Приложение № 8
к приказу Министерства труда и
социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. № 46н

Форма

(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

**Выписка из сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся
в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации,
для направления в исполнительный орган государственной власти
пилотного региона в сфере социальной защиты**

№ . . /

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
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, места 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: _____
 - 6.4. Район: _____
 - 6.5. Населенный пункт: _____

6.6. Улица: _____

6.7. Дом/корпус/строение: ____ / ____ / ____

6.8. Квартира: _____

7. Место постоянной регистрации:

7.1. государство: _____

7.2. Индекс: _____

7.3. Субъект Российской Федерации: _____

7.4. Район: _____

7.5. Населенный пункт: _____

7.6. Улица: _____

7.7. Дом/корпус/строение: ____ / ____ / ____

7.8. Квартира: _____

8. Лицо без постоянной регистрации

9. Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка-инвалида: _____

10. Документ, удостоверяющий личность ребенка-инвалида (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

_____ когда выдан _____

11. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя ребенка-инвалида: _____

12. Документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка-инвалида (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

_____ когда выдан _____

13. Документ, удостоверяющий полномочия законного представителя ребенка-инвалида (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

_____ когда выдан _____

14. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного представителя ребенка-инвалида: _____

15. Степень родства законного представителя ребенка-инвалида:

15.1. мать 15.2. отец 15.3. бабушка 15.4. дедушка 15.5. брат 15.6. сестра

15.7. другая степень родства (указать): _____ 15.8. не имеет родства

16. Контактная информация:

16.1. Контактные телефоны: _____, _____, _____

16.2. Адрес электронной почты: _____

16.3. Иное (указать): _____

16.4. Предпочтительный способ связи:

16.4.1. по телефону 16.4.2. по электронной почте 16.4.3. заказным письмом

16.4.4. иным способом (указать): _____

II. Заключение бюро (главного бюро) медико-социальной экспертизы

17. Инвалидность:

17.1. Категория «ребенок-инвалид» установлена на срок до: _____

17.1.1. Дата установления категории «ребенок-инвалид»: день _____ месяц _____ год _____

17.2. Акт медико-социальной экспертизы № _____ / _____

17.3. Протокол проведения медико-социальной экспертизы № _____ / _____

18. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА ребенка-инвалида):

18.1. ИПРА ребенка-инвалида разработана на срок до: _____

18.2. Номер ИПРА ребенка-инвалида: № _____ / _____

19. Установлены основная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии методикой определения целевых реабилитационных групп детей-инвалидов, утверждаемой в соответствии с подпунктом «а» пункта 9 Правил реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 года № 2339 (далее – Методика):

19.1. Код целевой реабилитационной группы: _____

19.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____

19.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____

19.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____

20. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с Методикой:

20.1. Код целевой реабилитационной группы: _____

20.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____

20.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____

20.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____

21. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с Методикой:

- 21.1. Код целевой реабилитационной группы: _____
- 21.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____
- 21.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____
- 21.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____
22. Цель оказания ребенку-инвалиду услуги по комплексной реабилитации и абилитации:
- 22.1. Проведение мероприятий, направленных на восстановление (формирование) способностей ребенка-инвалида к выполнению определенных видов деятельности и полное или частичное устранение или компенсацию ограничений следующих основных категорий жизнедеятельности, установленных у ребенка-инвалида (отметить):
- 22.1.1. ограничение способности к самообслуживанию
- 22.1.2. ограничение способности к передвижению
- 22.1.3. ограничение способности к общению
- 22.1.4. ограничение способности к ориентации
- 22.1.5. ограничение способности к обучению
- 22.1.6. ограничение способности к контролю за своим поведением
- 22.1.7. ограничение способности к трудовой деятельности
23. определены медицинские показания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида
24. отсутствуют медицинские противопоказания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида
25. определена нуждаемость в оказании услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида

III. Рекомендации бюро (главного бюро) медико-социальной экспертизы

26. Рекомендовать родителям (иным законным представителям) ребенка-инвалида обратиться для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в организацию, предоставляющую услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе (указать рекомендуемую организацию (организации) в пилотном регионе с учетом ее профиля): _____
-
27. Направить ребенка-инвалида для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации в федеральное учреждение, предоставляющее услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственное Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации (при наличии нуждаемости в сложных видах реабилитации и абилитации), в соответствии с консультативным заключением Федерального бюро медико-социальной экспертизы на основании решения комиссии федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации:
- 27.1. в федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
- 27.2. в федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

27.3. Дата планируемого поступления ребенка-инвалида для получения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в федеральное учреждение, предоставляющее услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственное Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации (число, месяц, год):

28. Иные рекомендации (указать):

29. Получено согласие родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида на участие в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов

30. Получено согласие родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида на обработку персональных данных в рамках проведения пилотного проекта

Руководитель бюро (главного бюро)
медико-социальной экспертизы
(должностное лицо, уполномоченное руководителем
бюро (главного бюро)

подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

М.П.