

Приложение № 9
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 организацию, предоставляющую услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе, или в федеральное учреждение, предоставляющее услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственное Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации

№ ____ . ____ . ____ / ____

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. Контактная информация:

15.1. Контактные телефоны: _____, _____, _____

15.2. Адрес электронной почты: _____

15.3. Иное (указать): _____

15.4. Предпочтительный способ связи:

15.4.1. ☐ по телефону 15.4.2. ☐ по электронной почте 15.4.3. ☐ заказным письмом

15.4.4. ☐ иным способом (указать): _____

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

16. Инвалидность:

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

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

16.2. Акт медико-социальной экспертизы № _____ / _____

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

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

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

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

18. Заключение о видах и степени выраженности стойких нарушений функций организма ребенка-инвалида, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

Виды стойких нарушений функций организма человека	Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека			
	18.1.1. ☐ незначительные нарушения _____ %	18.1.2. ☐ умеренные нарушения _____ %	18.1.3. ☐ выраженные нарушения _____ %	18.1.4. ☐ значительно выраженные нарушения _____ %
18.1. Нарушение психических функций				
18.2. Нарушение языковых и речевых функций	18.2.1. ☐ незначительные нарушения _____ %	18.2.2. ☐ умеренные нарушения _____ %	18.2.3. ☐ выраженные нарушения _____ %	18.2.4. ☐ значительно выраженные нарушения _____ %
18.3. Нарушение сенсорных функций	18.3.1. ☐ незначительные нарушения _____ %	18.3.2. ☐ умеренные нарушения _____ %	18.3.3. ☐ выраженные нарушения _____ %	18.3.4. ☐ значительно выраженные нарушения _____ %
18.4. Нарушение	18.4.1. ☐	18.4.2. ☐	18.4.3. ☐	18.4.4. ☐

нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций	незначительные нарушения %	умеренные нарушения %	выраженные нарушения %	значительно выраженные нарушения %
18.5. Нарушение функций сердечно-сосудистой системы	18.5.1. ☐ незначительные нарушения %	18.5.2. ☐ умеренные нарушения %	18.5.3. ☐ выраженные нарушения %	18.5.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
18.6. Нарушение функций дыхательной системы	18.6.1. ☐ незначительные нарушения %	18.6.2. ☐ умеренные нарушения %	18.6.3. ☐ выраженные нарушения %	18.6.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
18.7. Нарушение функций пищеварительной системы	18.7.1. ☐ незначительные нарушения %	18.7.2. ☐ умеренные нарушения %	18.7.3. ☐ выраженные нарушения %	18.7.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
18.8. Нарушение функций эндокринной системы и метаболизма	18.8.1. ☐ незначительные нарушения %	18.8.2. ☐ умеренные нарушения %	18.8.3. ☐ выраженные нарушения %	18.8.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
18.9. Нарушение функций системы крови и иммунной системы	18.9.1. ☐ незначительные нарушения %	18.9.2. ☐ умеренные нарушения %	18.9.3. ☐ выраженные нарушения %	18.9.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
18.10. Нарушение функций мочевыделительной системы	18.10.1. ☐ незначительные нарушения %	18.10.2. ☐ умеренные нарушения %	18.10.3. ☐ выраженные нарушения %	18.10.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
18.11. Нарушение функций кожи и связанных с ней систем	18.11.1. ☐ незначительные нарушения %	18.11.2. ☐ умеренные нарушения %	18.11.3. ☐ выраженные нарушения %	18.11.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
18.12. Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	18.12.1. ☐ незначительные нарушения %	18.12.2. ☐ умеренные нарушения %	18.12.3. ☐ выраженные нарушения %	18.12.4. ☐ значительно выраженные нарушения %

19. Заключение о видах и степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности ребенка-инвалида:

19.1. Способность к самообслуживанию			19.2. способность к передвижению			19.3. способность к общению			19.4. способность к ориентации			19.5. способность к обучению			19.6. способность к контролю за своим поведением			19.7. способность к трудовой деятельности		
(степень)			(степень)			(степень)			(степень)			(степень)			(степень)					
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Нуждаемость ребенка-инвалида в мероприятиях по социально-средовой, социально-психологической, социокультурной реабилитации и абилитации, социально-бытовой адаптации, профессиональной ориентации, физкультурно-оздоровительных мероприятиях, мероприятиях по занятию спортом в соответствии с ИПРА ребенка-инвалида:

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении отдельных реабилитационных и абилитационных мероприятий	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		
☐ нуждается		
☐ не нуждается		
Социально-психологическая реабилитация или абилитация		
☐ нуждается		
☐ не нуждается		
Социокультурная реабилитация или абилитация		
☐ нуждается		
☐ не нуждается		
Социально-бытовая адаптация		
☐ нуждается		
☐ не нуждается		
Профессиональная ориентация		
☐ нуждается		
☐ не нуждается		
Физкультурно-оздоровительные мероприятия, мероприятия по занятию спортом в части информирования и консультирования ребенка-инвалида и его родителей (иных законных представителей) по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта		
☐ нуждается		

☐ не нуждается		
---------------------------------------	--	--

21. Установлена основная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с методикой, 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 г. № 2339 (далее – Методика):

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

22.1. Код целевой реабилитационной группы: _____

22.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____

22.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____

22.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____

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

23.1. Код целевой реабилитационной группы: _____

23.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____

23.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____

23.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____

24. Цель оказания ребенку-инвалиду услуги по комплексной реабилитации и абилитации:

24.1. 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):

24.1.1. ☐ ограничение способности к самообслуживанию

24.1.2. ☐ ограничение способности к передвижению

24.1.3. ☐ ограничение способности к общению

24.1.4. ☐ ограничение способности к ориентации

24.1.5. ☐ ограничение способности к обучению

24.1.6. ☐ ограничение способности к контролю за своим поведением

24.1.7. ☐ ограничение способности к трудовой деятельности

25. ☐ определены медицинские показания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида

26. ☐ отсутствуют медицинские противопоказания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида

27. ☐ определена нуждаемость в оказании услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида

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

28. 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 детей-инвалидов в пилотном регионе (указать рекомендуемую организацию (организации) в пилотном регионе с учетом ее профиля): _____

29. 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:

29.1. ☐ в федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

29.2. ☐ 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

29.3. 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): _____

30. Иные рекомендации (указать): _____

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

31.1. ☐ получено 31.2. ☐ не получено

32. Согласие родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида на обработку персональных данных в рамках проведения пилотного проекта:

32.1. ☐ получено 32.2. ☐ не получено

33. Выписка из формы сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, сформирована и направлена в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации и исполнительный орган пилотного региона в сфере социальной защиты населения:

33.1. ☐ да 33.2. ☐ нет

34. Выписка из формы сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, сформирована и направлена в организацию, предоставляющую услуги по реабилитации и абилитации детям инвалидам в пилотном регионе, или в федеральное учреждение, предоставляющее услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственное Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации:

34.1. ☐ да 34.2. ☐ нет

35. Выписка из формы сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, выдана (направлена) родителям (иным законным представителям) ребенка-инвалида:

35.1. ☐ да 35.2. ☐ нет

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

подпись

фамилия, имя, отчество (при наличии)

МП