



КонсультантПлюс

Приказ Минтруда России от 11.10.2023 N 761н
"Об утверждении формы сведений о
результатах оказания услуг по комплексной
реабилитации и абилитации детей-инвалидов,
о фактически оказанных услугах и об объеме
таких услуг для оценки эффективности их
проведения"
(Зарегистрировано в Минюсте России
15.01.2024 N 76856)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 11.12.2025

Зарегистрировано в Минюсте России 15 января 2024 г. N 76856

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 11 октября 2023 г. N 761н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ СВЕДЕНИЙ
О РЕЗУЛЬТАТАХ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, О ФАКТИЧЕСКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГАХ
И ОБ ОБЪЕМЕ ТАКИХ УСЛУГ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ИХ ПРОВЕДЕНИЯ

В соответствии с [пунктом 16](#) Правил реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. N 2339, приказываю:

1. Утвердить прилагаемую [форму](#) сведений о результатах оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, о фактически оказанных услугах и об объеме таких услуг для оценки эффективности их проведения.

2. Установить, что настоящий приказ действует до 31 декабря 2026 г.

Министр
А.О.КОТЯКОВ

Утверждена
приказом Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 11 октября 2023 г. N 761н

Форма

(наименование организации, предоставляющей услуги
по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотных
регионах (далее – организация), федерального учреждения,
предоставляющего услуги по реабилитации и абилитации
детей-инвалидов, подведомственного Министерству труда
и социальной защиты Российской Федерации
(далее – федеральное учреждение)

(адрес организации или федерального учреждения, оказывающего
услуги по комплексной реабилитации и абилитации
ребенка-инвалида)

(ОГРН организации или федерального учреждения, оказывающего
услуги по комплексной реабилитации и абилитации
ребенка-инвалида)

СВЕДЕНИЯ
О РЕЗУЛЬТАТАХ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, О ФАКТИЧЕСКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГАХ
И ОБ ОБЪЕМЕ ТАКИХ УСЛУГ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ
N ____

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида: _____
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 ____ N ____ 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 _____ N _____ кем выдан _____
когда выдан _____
13. Документ, удостоверяющий полномочия законного представителя
ребенка-инвалида (указать наименование документа):
_____ серия _____ N _____ кем выдан _____
когда выдан _____
14. Степень родства законного представителя ребенка-инвалида:
14.1. ☐ мать 14.2. ☐ отец 14.3. ☐ бабушка 14.4. ☐ дедушка
14.5. ☐ брат 14.6. ☐ сестра 14.7. ☐ другая степень родства (указать):
_____ 14.8. ☐ не имеет родства
15. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного представителя
ребенка-инвалида: _____
16. Дата заключения договора с родителем (законным представителем)
ребенка-инвалида на приобретение услуг по комплексной реабилитации и
абилитации в пользу ребенка-инвалида: день _____ месяц _____ год _____
17. Номер договора с родителем (законным представителем) ребенка-инвалида
на приобретение услуг по комплексной реабилитации и абилитации в пользу
ребенка-инвалида _____

II. Сведения о целевой реабилитационной группе
ребенка-инвалида и цели оказания ребенку-инвалиду услуг
по комплексной реабилитации и абилитации, установленных
федеральным учреждением медико-социальной экспертизы

18. Установлена основная целевая реабилитационная группа и подгруппа в
соответствии с 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 г. N 2339 "О
реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации
и абилитации детей-инвалидов" (далее соответственно - Методика, Правила):
18.1. Код целевой реабилитационной группы: _____
18.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____
18.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____
18.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____
19. Установлена (ы) дополнительная (ые) целевая (ые) реабилитационная (ые)
группа (ы) и подгруппа (ы) в соответствии с Методикой:
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. Цель оказания ребенку-инвалиду услуги по комплексной реабилитации и
абилитации:
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:
20.1. ☐ ограничение способности к самообслуживанию
20.2. ☐ ограничение способности к передвижению
20.3. ☐ ограничение способности к общению
20.4. ☐ ограничение способности к ориентации

- ☐
- 20.5. ☐ ограничение способности к обучению
- 20.6. ☐ ограничение способности к контролю за своим поведением
- 20.7. ☐ ограничение способности к трудовой деятельности (проведение профориентации)

III. Заключение организации (федерального учреждения)
о результатах оказания услуг по комплексной реабилитации
и абилитации ребенка-инвалида

21. Дата поступления ребенка-инвалида: "___" _____ 20__ г.
22. Дата выписки ребенка-инвалида: "___" _____ 20__ г.
23. Количество дней, в течение которых оказывалась услуга по комплексной реабилитации и абилитации: _____
24. Форма оказания услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

- 24.1. ☐ полустационарная
- 24.2. ☐ стационарная без сопровождающего лица
- 24.3. ☐ стационарная с сопровождающим лицом

25. Наименование стандарта предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее – стандарт), утверждаемого в соответствии с [подпунктом "в" пункта 9](#) Правил, в соответствии с которым в организации (федеральном учреждении) был разработан и реализовывался индивидуальный план реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

26. Индивидуальный план реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, разработанный организацией (федеральным учреждением) на основании стандарта, реализован:

- 26.1. ☐ полностью
- 26.2. ☐ частично

26.2.1. Причины неполной реализации индивидуального плана реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (указать):

27. Фактическое исполнение мероприятий по реабилитации и абилитации в рамках курса комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в организации (федеральном учреждении):

Направление реабилитации	Мероприятие	Форма предоставления		Общее количество мероприятий
		гру ппо	инди видуаль	

		вая	ная	
Социально-бытовая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
	Юридическое консультирование			
Итого мероприятий по направлению "Социально-бытовая реабилитация и абилитация", из них:				
предоставлены родителям (законным представителям)				
Социально-средовая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Социально-средовая реабилитация и абилитация", из них:				
предоставлены родителям (законным представителям)				
Социально-педагогическая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Социально-педагогическая реабилитация и абилитация", из них:				
предоставлены родителям (законным представителям)				

Социально-психологическая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
	Тренинги			
	Просвещение			
Итого мероприятий по направлению "Социально-психологическая реабилитация и абилитация", из них:				
предоставлены родителям (законным представителям)				
Социокультурная реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
	Досуговые мероприятия			
	Просвещение			
Итого мероприятий по направлению "Социокультурная реабилитация и абилитация", из них:				
предоставлены родителям (законным представителям)				
Профессиональная ориентация	Профориентационная диагностика			
	Профориентационное информирование			
	Профориентационное консультирование			
	Профориентационная коррекция			

	Профессиональный отбор			
	Профессиональный подбор			
Итого мероприятий по направлению "Профессиональная ориентация", из них				
предоставлены родителям (законным представителям)				
Адаптивная физическая культура	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Адаптивная физическая культура", из них				
предоставлены родителям (законным представителям)				
Общее количество мероприятий, проведенных в рамках стандарта:				
Другие мероприятия (при осуществлении лицензируемых видов деятельности)				

28. Результаты оценки в организации (федеральном учреждении) ограничений жизнедеятельности ребенка-инвалида в соответствии с [Методикой](#) оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, утверждаемой в соответствии с [подпунктом "в" пункта 9](#) Правил (далее – Методика оценки эффективности услуг):

№ п/п	Ограничения основных категорий жизнедеятельности	Результаты первичной диагностики (в баллах)	Результаты контрольной диагностики (в баллах)	Результат реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (в %)
1.	Способность к самообслуживанию (самообслуживание и бытовая жизнь)			

2.	Способность к передвижению (мобильность)			
3.	Способность к ориентации (ориентация)			
4.	Способность к общению (общение)			
5.	Способность к обучению (обучение и применение знаний)			
6.	Способность к контролю за своим поведением (контроль за своим поведением)			
7.	Способность к трудовой деятельности (проведение профессиональной ориентации)			

29. Общая оценка эффективности проведенной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в соответствии с [Методикой](#) оценки эффективности услуг:

Эффективность реабилитации (%)	Вывод об эффективности реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (баллы)
	29.1. ☐ полностью (2 балла)
	29.2. ☐ частично (1 балл)
	29.3. ☐ отсутствует (0 баллов)

30. По результатам реабилитационных мероприятий уровень родительской компетенции:

- 30.1. ☐ повысился полностью
- 30.2. ☐ повысился частично
- 30.3. ☐ не повысился

□

Руководитель организации
(федерального учреждения)
или уполномоченное им должностное лицо
(руководитель междисциплинарной
реабилитационной команды организации
(федерального учреждения)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата: "___" _____ 20__ г.

МП
