

Приложение  
к методике оценки эффективности  
оказания услуг по комплексной  
реабилитации и абилитации детей-  
инвалидов, осуществляемой главными  
бюро медико-социальной экспертизы  
пилотных регионов, включающей  
форму оценки, утвержденной приказом  
Министерства труда и социальной  
защиты Российской Федерации  
от 11 ноября 2025 г. № 638н

Рекомендуемый образец

(наименование главного бюро медико-социальной экспертизы пилотного региона)

**СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ОЦЕНКИ ГЛАВНЫМИ БЮРО  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПИЛОТНЫХ РЕГИОНОВ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ ПО КОМПЛЕКСНОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА**

№ \_\_\_\_\_

(регистрационный номер)

**I. Общая часть**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида: \_\_\_\_\_

2. Дата рождения ребенка-инвалида: день \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Возраст ребенка-инвалида: \_\_\_\_\_

4. Пол ребенка-инвалида: 4.1. ☐ мужской 4.2. ☐ женский

5. Гражданство ребенка-инвалида:

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 ребенка-инвалида (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, места фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела ребенка-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 ребенка-инвалида:

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) родителя (законного представителя) ребенка-инвалида:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан  
\_\_\_\_\_ когда выдан \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 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 родителя (законного представителя) ребенка-инвалида: \_\_\_\_\_

## **II. Сведения о целевой реабилитационной группе ребенка-инвалида и цели оказания ребенку-инвалиду услуги по комплексной реабилитации и абилитации**

16. Целевая реабилитационная группа ребенка-инвалида<sup>1</sup>:

16.1. Код целевой реабилитационной группы: \_\_\_\_\_

16.2. Наименование целевой реабилитационной группы: \_\_\_\_\_

16.3. Код целевой реабилитационной группы: \_\_\_\_\_

16.4. Наименование целевой реабилитационной группы: \_\_\_\_\_

16.5. Код целевой реабилитационной группы: \_\_\_\_\_

16.6. Наименование целевой реабилитационной группы: \_\_\_\_\_

17. 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 следующих ограничений основных категорий жизнедеятельности (отметить):

17.1. ☐ ограничение способности к самообслуживанию

17.2. ☐ ограничение способности к передвижению

17.3. ☐ ограничение способности к ориентации

17.4. ☐ ограничение способности к общению

17.5. ☐ ограничение способности к контролю за своим поведением

17.6. ☐ ограничение способности к обучению

17.7. ☐ ограничение способности к трудовой деятельности (проведение профориентации)

## **III. Сведения об эффективности оказания ребенку-инвалиду услуги по комплексной реабилитации и абилитации**

18. Наименование организации, предоставляющей услуги по комплексной реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе (далее - организация) (федерального учреждения, предоставляющего услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственного Министерству труда и социальной защиты

<sup>1</sup> Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 июля 2024 г. № 374н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 августа 2025 г., регистрационный № 79273).

Российской Федерации (далее - федеральное учреждение), в котором реализуется электронный сертификат для оплаты услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов<sup>2</sup> (нужное подчеркнуть)

19. Дата поступления в организацию (федеральное учреждение) ребенка-инвалида: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

20. Дата выписки из организации (федерального учреждения) ребенка-инвалида: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

21. Количество дней, в течение которых ребенку-инвалиду оказывалась услуга по комплексной реабилитации и абилитации: \_\_\_\_\_

22. Форма оказания услуги ребенку-инвалиду по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

22.1. ☐ полустационарная

22.2. ☐ стационарная без сопровождающего лица

22.3. ☐ стационарная с сопровождающим лицом

23. Оценка эффективности услуги по комплексной реабилитации и абилитации, оказанной ребенку-инвалиду:

Критерии оценки эффективности оказания услуги по комплексной реабилитации и абилитации, оказанной ребенку-инвалиду		Оценка эффективности услуги по комплексной реабилитации и абилитации, оказанной ребенку-инвалиду		
		2 балла	1 балл	0 баллов
23.1.	Полнота (объем) реализованных мероприятий, составляющих услугу по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов	Мероприятия ребенку-инвалиду реализованы в полном объеме, предусмотренном стандартом <sup>3</sup>	Мероприятия ребенку-инвалиду реализованы не в полном объеме, предусмотренном стандартом (уменьшение количества мероприятий по одному из основных направлений комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, в том числе за счет увеличения мероприятий по другому основному направлению комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов)	Мероприятия ребенку-инвалиду не реализованы по одному из основных направлений комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, предусмотренных стандартом

<sup>2</sup> Абзац третий пункта 4 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 – Правила).

<sup>3</sup> Подпункт «в» пункта 9 Правил (далее – стандарт).

		23.1.1. <input type="checkbox"/>	23.1.2. <input type="checkbox"/>	23.1.3. <input type="checkbox"/>
23.2.	Количество полученных мероприятий (объем мероприятий)	Ребенком-инвалидом получено 120 мероприятий, предусмотренных стандартом	Ребенком-инвалидом получено от 60 до 119 мероприятий, предусмотренных стандартом	Ребенком-инвалидом получено менее 60 мероприятий, предусмотренных стандартом
		23.2.1. <input type="checkbox"/>	23.2.2. <input type="checkbox"/>	23.2.3. <input type="checkbox"/>
23.3.	Реабилитационный эффект от полученных мероприятий	Реабилитационный эффект от полученных мероприятий высокий	Реабилитационный эффект от полученных мероприятий удовлетворительный или незначительный	Реабилитационный эффект от полученных мероприятий отсутствует
		23.3.1. <input type="checkbox"/>	23.3.2. <input type="checkbox"/>	23.3.3. <input type="checkbox"/>
23.4.	Повышение уровня родительской компетенции после реализации мероприятий, предназначенных для родителей (законных представителей) ребенка-инвалида	Мероприятия родителю (законному представителю) ребенка-инвалида реализованы в полном объеме, предусмотренном стандартом	Мероприятия родителю (законному представителю) ребенка-инвалида реализованы не в полном объеме, предусмотренном стандартом	Мероприятия родителю (законному представителю) ребенка-инвалида не реализовывались
		23.4.1. <input type="checkbox"/>	23.4.2. <input type="checkbox"/>	23.4.3. <input type="checkbox"/>
23.5.	Общий балл			
23.6.	Результаты оценки эффективности оказания услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида	23.6.1 Эффективна <input type="checkbox"/>		23.6.2 Не эффективна <input type="checkbox"/>

24. Анализ причин неэффективности услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (заполняется в случае признания услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида неэффективной):

№ п/п	Результаты анализа причин неэффективности услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида	
24.1.	Нерегулярность реализации ребенку-инвалиду мероприятий, входящих в состав услуги по комплексной реабилитации и абилитации (по состоянию здоровья)	<input type="checkbox"/>
24.2.	Отказ ребенка-инвалида, его родителя (законного представителя) от реализации того или иного вида, формы и объема мероприятий, входящих в состав услуги по комплексной реабилитации и абилитации	<input type="checkbox"/>
24.3.	Отказ ребенка-инвалида, его родителя (законного представителя) от реализации	<input type="checkbox"/>

	услуги по комплексной реабилитации и абилитации в целом	
24.4.	Неоказание услуги по комплексной реабилитации и абилитации организацией (федеральным учреждением)	<input type="checkbox"/>
24.5.	Другие причины неэффективности услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (указать): _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.