

По состоянию на 27.06.2024 это лишь ПРОЕКТ, т.е. ещё может корректироваться

Приложение № 2
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от «_____» 20__ г. №_____

Форма

(наименование реабилитационной организации)

(адрес реабилитационной организации)

(ОГРН реабилитационной организации)

**РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ (АБИЛИТАЦИОННАЯ) КАРТА РЕАЛИЗАЦИИ
МЕРОПРИЯТИЙ И ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ОСНОВНЫМ
НАПРАВЛЕНИЯМ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДОВ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

№_____

Получатель услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (указать нужное) (далее – услуги, получатель услуги):

ребенок-инвалид

инвалид

инвалид, получий травму, ранение, контузию,увечье в связи с участием в боевых действиях

Дата поступления получателя услуги: «____» 202__ г.

Дата выписки получателя услуги: «____» 202__ г.

Договор о предоставлении услуг: № _____ дата _____
(число, месяц, год)

Форма оказания услуг:

стационарная

полустанционарная

на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-телекоммуникационных технологий

Предпочтительный способ связи:

по телефону по электронной почте заказчику письмом иным способом (указать):

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

2. Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____

3. Возраст: _____

4. Пол: 4.□ мужской 4.□ 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, места нахождения пенсионного дела инвалида (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. Лицо без определенного места жительства

8. Место постоянной регистрации:

8.1. Государство: _____

8.2. Индекс: _____

8.3. Субъект Российской Федерации: _____

8.4. Район: _____

8.5. Населенный пункт: _____

8.6. Улица: _____

8.7. Дом/корпус/строение: _____ / _____ / _____

- 8.8. Квартира: _____
9. Лицо без постоянной регистрации
10. Страховой номер индивидуального лицевого счета получателя услуги:
11. Документ, удостоверяющий личность получателя услуги (указать наименование документа):
серия _____ № _____ кем выдан _____
когда выдан _____
12. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (если имеется) (степень родства):

13. Документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (указать наименование документа):
серия _____ № _____ кем выдан _____
когда выдан _____
14. Документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (указать наименование документа):
серия _____ № _____ кем выдан _____
когда выдан _____
15. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя получателя услуги:

16. Контактная информация:
- 16.1. Контактные телефоны: _____, _____,

- 16.2. Адрес электронной почты: _____

II. Сведения об инвалидности

17. Инвалидность:
- 17.1. Первая группа Вторая группа Третья группа Категория «ребенок-инвалид»
- 17.2. Инвалидность установлена впервые , повторно (нужное отметить), на срок до:

18. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее – ИПРА):
- 18.1. ИПРА инвалида разработана на срок до: _____
- 18.2. ИПРА инвалида № _____ / _____
19. Причина инвалидности:

20. Реабилитационный или абилитационный потенциал (нужное отметить):
высокий , средний (удовлетворительный) , низкий .
21. Реабилитационный или абилитационный прогноз (нужное отметить):

благоприятный , относительно благоприятный , сомнительный (неясный) .

22. Выявленные ограничения основных категорий жизнедеятельности:

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень выраженности ограничения (1, 2, 3)
Способность к самообслуживанию	
Способность к самостоятельному передвижению	
Способность к ориентации	
Способность к общению	
Способность к обучению	
Способность к трудовой деятельности	
Способность к контролю за своим поведением	

23. Заключение о нуждаемости в предоставлении услуг в соответствии с ИПРА получателя услуги:

Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий и оказании услуг	Срок, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий и оказания услуг	Исполнитель мероприятий и услуг
Социально-средовая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Социально-педагогическая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Социально-психологическая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Социально-бытовая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Профессиональная ориентация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Физическая реабилитация и абилитация с использованием средств физической культуры и спорта (физкультурно-оздоровительных мероприятий, спорта, средств и методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта)		
<input type="checkbox"/> нуждается		

24. Целевая реабилитационная группа:

24.1. Код целевой реабилитационной группы:

24.2. Наименование целевой реабилитационной группы:

24.3. Код целевой реабилитационной группы:

24.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы:

25. Цели оказания услуг:

Восстановление (компенсация)/формирование нарушенных (отсутствовавших) функций организма человека полностью, частично:

Восстановление (компенсация, формирование) способности инвалида, ребенка-инвалида полностью, частично:

III. — Результаты реабилитации и абилитации получателя услуги

26. Результат первичной диагностики по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов:

Статус по результатам первичной диагностики	
<input type="checkbox"/> Социально-бытовой статус	
<input type="checkbox"/> Социально-средовой статус	
<input type="checkbox"/> Социально-педагогический статус	
<input type="checkbox"/> Социально-психологический статус	
<input type="checkbox"/> Профессиональный статус для целей проведения профессиональной ориентации инвалидов	

<input type="checkbox"/> Заключение специалиста по физкультурно-оздоровительным мероприятиям, спорту	
--	--

27. Заключение междисциплинарной реабилитационной команды о нуждаемости в услугах

28. Цели реабилитации и абилитации на реабилитационный курс _____ день

29. Индивидуальный план реабилитации и абилитации получателя услуги и фактическая реализация услуг в рамках реабилитационного курса:

Основное направление комплексной реабилитации и абилитации	Наименование услуг	Наименование мероприятий, входящих в состав услуги	Рекомендуемое количество мероприятий, входящих в состав услуги (ед.)	Фактическое исполнение мероприятий, входящих в состав услуги (ед.)	
				Исполнено	Формат реализации
Социальная реабилитация и абилитация	Услуга по социальному-бытовой реабилитации и абилитации	<input type="checkbox"/>	Диагностика		и н д и в и д у а л ь н а я
		<input type="checkbox"/>	Информирование		
		<input type="checkbox"/>	Консультирование		
		<input type="checkbox"/>	Практические занятия		
			Итого по услуге		
	Услуга по социальному-средовой реабилитации и абилитации	<input type="checkbox"/>	Диагностика		
		<input type="checkbox"/>	Информирование		
		<input type="checkbox"/>	Консультирование		
		<input type="checkbox"/>	Практические занятия		
			Итого по услуге		
	Услуга по социальному-педагогической реабилитации и абилитации	<input type="checkbox"/>	Диагностика		
		<input type="checkbox"/>	Информирование		
		<input type="checkbox"/>	Консультирование		
		<input type="checkbox"/>	Практические занятия		
			Итого по услуге		

			Диагностика				
			Информирование				
			Консультирование				
			Практические занятия				
			Тренинги				
			Просвещение				
		Итого по услуге					
Профессиональная реабилитация и абилитация			Профориентационная диагностика				
			Профориентационное информирование				
			Профориентационное консультирование				
			Профориентационная коррекция				
			Профессиональный отбор				
			Профессиональный подбор				
			Итого по услуге				
Физическая реабилитация и абилитация с использованием средств физической культуры и спорта			Диагностика				
			Информирование				
			Консультирование				
			Практические занятия				
			Итого по услуге				

30. Дневники специалистов междисциплинарной реабилитационной команды (заполняются после проведения каждого мероприятия, входящего в состав услуги):

№ п/п	Дата и время проведения	Наименование мероприятия, входящих в состав услуги	Получатель услуги		Формат проведения		Цель мероприятия, входящего в состав услуги	Методы или программы	Оборудование	Динамические изменения
			инвалид, ребенок-инвалид	законный (уполномоченный) представитель	групповая	индивидуальная				

31. Результаты оценки (первичная, повторная (контрольная) диагностика) оказанных услуг и эффективности проведенной реабилитации и абилитации получателя услуги в организации:

Наименование услуг	Результаты первичной диагностики	Результаты повторной (контрольной) диагностики	Реабилитационный эффект (%, оценка)
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-бытовой реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-средовой реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-педагогической реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-психологической реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по профессиональной ориентации			
<input type="checkbox"/> Услуга по физической реабилитации и абилитации с использованием средств и методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта			

IV. Заключение междисциплинарной реабилитационной команды при выписке получателя услуги из организации

32. Индивидуальный план реабилитации и абилитации получателя услуги реализован:

32.1. полностью

32.2. частично

33. Состав невыполненных мероприятий, входящих в состав услуги, причины неполной реализации индивидуального плана реабилитации и абилитации получателя услуги (указать):

34. Цели реабилитации и абилитации за реабилитационный курс достигнуты:

34.1. полностью

34.2. частично

35. Члены междисциплинарной реабилитационной команды:

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Должность

Подпись

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Должность

Подпись

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Должность

Подпись

**V. Рекомендации междисциплинарной реабилитационной команды
получателю услуги (законному (уполномоченному) представителю) по дальнейшей организации процесса
реабилитации и абилитации и маршрутизации получателя услуги**

36. Рекомендовано:

Руководитель организации или уполномоченное им
должностное лицо

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Дата: «__» _____ 202__ г.
(число, месяц, год)

Приложение
к реабилитационной (абилитационной)
карте инвалида, ребенка-инвалида
№ _____

_____ (наименование реабилитационной
организации)

Выписка из реабилитационной (абилитационной) карты инвалида, ребенка-инвалида

Даны получателю услуг по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидам (далее – услуги, получатель услуг)

фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида, ребенка-инвалида

Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____

Наименование целевой реабилитационной группы: _____

Цели предоставления услуг при поступлении получателя услуг
(в полустанционарной, стационарной форме, на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-телекоммуникационных технологий (нужное подчеркнуть))

Услуги	оказаны	в	период	с	_____	по
			(число, месяц, год)		(число, месяц, год)	

Индивидуальный план реабилитации и абилитации получателя услуг (нужное указать)
реализован:

€ полностью

€ частично

Перечень предоставленных мероприятий, входящих в состав услуги, согласно стандарту оказания услуг:

Причины неисполнения индивидуального плана реабилитации и получателя услуг (указать):

Результаты оценки оказанных услуг и эффективности проведенной реабилитации и абилитации получателя услуг в организации:

Рекомендации междисциплинарной реабилитационной команды:

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

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата: «___» _____ 202___ г.
(число, месяц, год)

МП