

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

Проект

**Об утверждении унифицированных форм документации при оказании
услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации
и абилитации инвалидов**

В соответствии с пунктом 10¹ статьи 4 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и пунктом 1 Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 610,
п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

форму журнала учета инвалидов (детей-инвалидов), поступивших в реабилитационную организацию, и оказанных им услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

форму реабилитационной (абилитационной) карты реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

форму журнала учета семей, поступивших в реабилитационную организацию, и оказанных им мероприятий и услуг по ранней помощи детям и их семьям согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

форму карты реализации мероприятий и услуг по ранней помощи ребенку и его семье согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

2. Рекомендовать руководителям реабилитационных организаций, независимо от их организационно-правовых форм, форм собственности и ведомственной принадлежности, осуществляющих деятельность по одному или нескольким основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в соответствии со стандартами их предоставления, обеспечить использование унифицированных форм документации при оказании услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе в форме электронных документов.

3. Установить, что настоящий приказ применяется на территории субъекта Российской Федерации – города федерального значения Москвы с учетом положений, установленных статьей 9 Федерального закона от 25 декабря 2023 г. № 651-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2025 г.

Министр

А.О. Котяков

Приложение № 1

к приказу Министерства труда и социальной защиты

Российской Федерации

от _____ 20__ г. № _____

Форма

(наименование реабилитационной организации)

ЖУРНАЛ

учета инвалидов (детей-инвалидов), поступивших в реабилитационную организацию, и оказанных им услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов

Начат «__» _____ 20__ г.

Окончен «__» _____ 20__ г.

№ п / п	Дата подачи заявления о проведении мероприятий и оказании (предоставлении) услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (далее – услуги) (число, месяц, год)	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Дата рождения (число, месяц, год)	Пол (мужской, женский)	Гражданство	Адрес места жительства		Номер и дата ИПРА инвалида (ребенка-инвалида)	Группа инвалидности/ категория «ребенок-инвалид»
						место пребывания	фактического проживания		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Целевая реабилитационная группа (код)	Реквизиты договора о предоставлении услуг		Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного или уполномоченного представителя инвалида (ребенка-инвалида) (или сопровождающего лица)	Контактная информация (контактный телефон, адрес электронной почты)	В случае отказа в оказании услуг, указать причину отказа (отказался гражданин; отсутствие показаний; наличие медицинских противопоказаний (выбрать нужное))
	номер	дата			
11	12	13	14	15	16

Форма оказания услуг (полустационарная – 1, стационарная -2, на дому - 3)	Реабилитационный курс	Количество дней, в которые фактически проведены мероприятия и оказаны (предоставлены) услуги (единиц)
---	-----------------------	---

	дата начала	дата окончания	
17	18	19	20

Наименование услуг	Общее количество фактически предоставленных мероприятий, входящих в состав услуги, согласно стандарту оказания услуг (единиц)	Отметка о выполнении услуг (полностью/частично)	Эффективность проведённой реабилитации и абилитации (реабилитационный эффект, %)	Дата направления сведений о реализации ИПРА в исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности (число, месяц, год) (не позднее 60 дней до даты окончания ИПРА инвалида (ребенка-инвалида))
21	22	23	24	25

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

Предпочтительный способ связи:

☐ ☐

по телефону по электронной почте ☐ заказным 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 4.2 ☐ 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, 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		
☐ нуждается		
Социально-педагогическая реабилитация и абилитация		
☐ нуждается		
Социально-психологическая реабилитация и абилитация		
☐ нуждается		
Социально-бытовая реабилитация и абилитация		
☐ нуждается		
Профессиональная ориентация		
☐ 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)		
☐ 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:

ИИ. — Результаты реабилитации и абилитации получателя услуги

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

Статус по результатам первичной диагностики	
☐ Социально-бытовой статус	
☐ Социально-средовой статус	
☐ Социально-педагогический статус	
☐ Социально-психологический статус	
☐ Профессиональный статус для целей проведения профессиональной ориентации инвалидов	
☐ 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	Наименование услуг	Наименование мероприятий, входящих в состав услуги	Рекомендуемое количество мероприятий,	Фактическое исполнение мероприятий, входящих в состав услуги (ед.)
----------------------------------	--------------------	--	---------------------------------------	--

реабилитации и абилитации			входящих в состав услуги (ед.)	Исполнено	Формат реализации	
					групповая	индивидуальная
Социальная реабилитация и абилитация	☐ Услуга по социально-бытовой реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
	Итого по услуге					
	☐ Услуга социально-средовой реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
	Итого по услуге					
	☐ Услуга социально-педагогической реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
	Итого по услуге					
	☐ Услуга социально-психологической реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
		Тренинги				
		Просвещение				
	Итого по услуге					
Профессиональная реабилитация и абилитация	☐ Услуга профессиональной ориентации	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)
☐ Услуга по социально-бытовой реабилитации и абилитации			
☐ Услуга по социально-средовой реабилитации и абилитации			
☐ Услуга по социально-педагогической реабилитации и абилитации			
☐ Услуга по социально-психологической реабилитации и абилитации			
☐ Услуга по профессиональной ориентации			
☐ 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 полустационарной, 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

Приложение № 3
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от «___» _____ 20__ г. № _____

Форма

ЖУРНАЛ

учета семей, поступивших в реабилитационную организацию, и оказанных им мероприятий
и услуг по ранней помощи детям и их семьям

Начат «__» _____ 20__ г.

Окончен «__» _____ 20__ г.

№ п / п	Дата подачи заявления о проведении мероприятий и оказании (предоставлении) услуг по ранней помощи детям и их семьям (далее – мероприятия и услуги) (число, месяц, год)	Фамил ия, имя, отчеств о (при наличи и) ребёнка	Дата рожден ия ребенка (число, месяц, год)	Пол ребен ка (мужс кой, женск ий)	Граждан ство ребёнка	Адрес места жительства ребёнка		Наименован ие и реквизиты документа, удостоверя ющего личность ребёнка	Страхов ой номер индивид уальног о лицевог о счета ребёнка
						место пребыв ания	фактиче ского прожива ния		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Категори я «ребенок -инвалид » (установ лена/не установл ена)	Категори и получате лей услуг по ранней помощи	Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного или уполномоченного представителя ребёнка	Наименование и реквизиты документа, удостоверяюще го личность законного представителя	Наименование и реквизиты документа, подтверждающ ие полномочия законного представителя	Контактная информация (контактный телефон, адрес электронной почты)	В случае отказа в оказании услуг, указать причину отказа	Отметка о возможнос ти применени я дистанцио нных технологи й <1> ¹
11	12	13	14	15	16	17	18
							☐ наличие техническ ого обеспечен ия ☐ владение навыками использова ния

¹ Указывается при оказании мероприятий и услуг на дому

							информационных и телекоммуникационных технологий

Реквизиты договора о реализации мероприятий и услуги		Форма оказания услуг			Период исполнения мероприятий и услуг		Количество дней, в которые фактически проведено мероприятий и оказано (предоставлено) услуг (единиц)	Перечень мероприятий и услуг
номер	дата	полустационарная - 1	стационарная - 2	на дому - 3	дата начала	дата окончания		
19	20	21	22	23	24	25	26	27

Отметка о выполнении мероприятий и услуг (выполнено/не выполнено)	Общее количество предоставленных мероприятий и услуг, согласно стандарту оказания услуг (единиц)	Вывод об эффективности предоставленных мероприятий и услуг (полностью, частично, отсутствует)	В случае неисполнения мероприятий и услуг, указать причины неисполнения	Результат реализации мероприятий и услуг
28	29	30	31	32
			☐ семья отказалась от того или иного вида, формы и объема мероприятий и услуг; ☐ семья отказалась от предоставления услуг и проведения мероприятий в целом; ☐ иные причины, указанные семьей	☐ переход ребенка в образовательную организацию; ☐ продолжение реализации ИПРП или консультативных услуг; ☐ завершение реализации мероприятий и услуг по ранней помощи; ☐ оказание услуг в иной организации

Приложение № 4
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от _____ 20__ г. № _____

Форма

(наименование организации, предоставляющей услуги по ранней помощи детям и их семьям)

(адрес организации предоставляющей услуги по ранней помощи детям и их семьям)

(ОГРН, ОГРНИП)

КАРТА РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ И УСЛУГ ПО РАННЕЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И ЕГО СЕМЬЕ

№ _____

Дата поступления получателя услуг по ранней помощи в организацию: «___» _____ 202__ г.

Дата выписки получателя услуг по ранней помощи из организации: «___» _____ 202__ г.

Форма реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям (далее – мероприятия, услуги):

- | | |
|--|--|
| ☐ на дому | Дата: с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202__ г. |
| ☐ полустационарная | Дата: с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202__ г. |
| ☐ стационарная с сопровождающим лицом | Дата: с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202__ г. |

Предпочтительный способ связи:

- ☐ по телефону ☐ по электронной почте ☐ заказным письмом ☐ иным способом (указать): _____

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка: _____
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, фактического проживания на территории 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: _____
10. Документ, удостоверяющий личность ребенка (указать наименование документа):
 _____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

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

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

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

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

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

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

15. Контактная информация:

15.1. Контактные телефоны: _____, _____, _____

15.2. Адрес электронной почты: _____

15.3. Иное (указать): _____

II. Категории получателей услуг по ранней помощи

16. Категории получателей услуг по ранней помощи в соответствии с критериями включения детей от рождения до трех лет (далее – ребенок) и их семей в число потенциально нуждающихся в оказании услуг по ранней помощи

16.1. ☐ наличие у ребенка категории «ребенок-инвалид»

16.2. ☐ отнесение ребенка медицинскими организациями по результатам профилактического медицинского осмотра к IV либо V группе здоровья

16.3. ☐ воспитание ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, что подтверждено справкой такой организации

16.4. ☐ воспитание ребенка в семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, или в семье, находящейся в социально опасном положении, что подтверждено заключением, выданным организациями социального обслуживания, помощи семье и детям, органами опеки и попечительства

16.5. ☐ наличие у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении, что подтверждено заключением психолого-медико-педагогической комиссии

16.6. ☐ беспокойность родителей (законных представителей) развитием и поведением ребенка, не относящегося к категории детей, упомянутых в пунктах 16.1-16.5

16.6.1. ☐ наличие у ребенка задержки развития и отклонений в поведении (без категории «ребенок с ОВЗ»)

16.6.2. ☐ наличие у ребенка ограничений жизнедеятельности (без категории «ребенок-инвалид»)

17. Документ, подтверждающий отнесения ребенка к нуждающимся в оказании услуг по ранней помощи:

№ _____ дата составления (день, месяц, год) _____

III. Определение потребности ребенка и семьи в мероприятиях и услугах по ранней помощи

Дата проведения: _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка: _____

Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____ Возраст: _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя: _____

Запрос семьи: _____

18. Результаты проведения первичного приема по определению потребности ребенка и семьи в мероприятиях и услугах по ранней помощи

18.1. Результаты оценки развития ребенка (по данным документации):

Инструмент (методика, шкала) оценки развития ребенка: _____

Область развития	Результаты
Познавательная область	
Социальная область	
Самообслуживание	
Речь	
Понимание	
Тонкая моторика	
Крупная моторика	
Дата заполнения опросника:	Возраст:

Область развития	Результаты
Познавательная область	
Социальная область	
Самообслуживание	
Речь	
Понимание	
Тонкая моторика	
Крупная моторика	
Дата заполнения опросника:	Возраст:

18.2. Заключение о степени выраженности затруднений активности и участия ребенка по областям жизнедеятельности по итогам проведения первичного приема специалистами:

	Показатели степени выраженности затруднений активности и участия ребенка				
Области жизнедеятельности	Нет затруднений 0 баллов	Легкие затруднения 1 балл	Умеренные затруднения 2 балла	Тяжелые затруднения 3 балла	Абсолютные затруднения 4 балла
Обучение и применение знаний					
Общие задачи и требования					
Общение					
Мобильность					
Самообслуживание					
Бытовая жизнь					
Межличностные взаимодействия					
Главные сферы жизни					
Жизнь в сообществах					

18.3. Заключение о влиянии факторов окружающей среды на развитие ребенка

Факторы окружающей среды	Облегчающие (ресурсы) факторы	Барьеры
ПРОДУКЦИЯ И ТЕХНОЛОГИИ - продукты, лекарства, одежда, обувь, бытовые приборы		

- специализированное оборудование для индивидуального использования (протезы, ортезы, и пр.) - средства передвижения - оборудование для коммуникации, для приобретения знаний - обустройство жилья		
ПОДДЕРЖКА И ВЗАИМОСВЯЗИ (семья и ближайшие родственники, друзья, знакомые семьи, профессиональные медицинские работники, другие):		
УСТАНОВКИ		

18.4. Заключение врачей о состоянии здоровья ребенка (по данным документации при наличии, в зависимости от нозологии):

Педиатр: _____

Невролог: _____

Детский хирург: _____

Травматолог-ортопед: _____

Офтальмолог: _____

Сурдолог: _____

Психиатр детский: _____

19. Рекомендации междисциплинарной команды по результатам определения потребности семьи и ребенка в в мероприятиях и услугах по ранней помощи

☐ Консультация по результатам проведения первичного приема

☐ Разработка индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП)

☐ Консультативные услуги по ранней помощи детям и их семьям без индивидуальной программы ранней помощи

19.1. Рекомендации по результатам проведения первичного приема по определению потребности семьи и ребенка в ранней помощи:

19.2. План проведения углубленной междисциплинарной оценки для разработки индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП):

Вид оценки	Метод (методика)	Специалист	Дата проведения
Оценка поведения ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях			
Оценка эмоционального состояния и поведения ребенка во взаимодействии с родителями и другими ухаживающими взрослыми			

Оценка навыков ребенка			
Оценка факторов окружающей среды и их отражения на развитии ребенка			
Оценка мотивационных факторов			
Проведение дифференциальной диагностики			

19.3. План по предоставлению консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям без ИПРП (заполняется исполнителем по прилагаемой к настоящей ИПРП форме согласно приложению № 1 к индивидуальной программе ранней помощи детям и их семьям)

Специалист: _____

_____	_____	_____
должность	подпись	расшифровка подписи

Специалист: _____

_____	_____	_____
должность	подпись	расшифровка подписи

Специалист: _____

_____	_____	_____
должность	подпись	расшифровка подписи

Родитель: _____

_____	_____	_____
должность	подпись	расшифровка подписи

III. Проведение оценочных процедур междисциплинарной командой специалистов для разработки индивидуальной программы ранней помощи (далее – ИПРП)

20. Результаты проведения оценочных процедур для разработки индивидуальной программы ранней помощи (углубленная оценка)

20.1. Результаты оценки поведения ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях:

№ п/п	Область жизнедеятельности	Повседневные естественные жизненные ситуации	Факторы окружающей среды

20.2. Результаты оценки эмоционального состояния и поведения ребенка во взаимодействии с родителями и другими ухаживающими взрослыми:

20.3. Результаты оценки мотивационных факторов:

20.4. Результаты углубленной оценки по основным областям:

№ п/п	Область жизнедеятельности	Результаты оценки	Специалист	Подпись

21. Индивидуальная программа ранней помощи (далее – ИПРП)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка:

Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____ Возраст: _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя: _____

Дата составления ИПРП: _____

Срок реализации ИПРП: _____

Дата проведения промежуточной оценки реализации ИПРП: _____

Дата проведения итоговой оценки реализации ИПРП: _____

21.1. Цели ранней помощи для ребенка и его семьи в ИПРП

№ п/п	Область жизнедеятельности	Цель для ребенка и его семьи	Повседневные естественные жизненные ситуации	Отметка о достижении цели (выполнена, частично выполнена, не выполнена)

21.2. Индивидуальный план по исполнению мероприятий и услугах по ранней помощи на этапе реализации ИПРП

№ п/п	Наименование услуги (мероприятия)	Объем предоста вления услуги (количе ство)	Продолж ительнос ть одной сессии в минутах	Периодич ность предостав ления услуги	Форма предостав ления услуги (мероприя тия)	Формат предоставления услуги				Специал исты
						И н д и в и д у а л ь н о	В г р у п п е	О ч н о	Д и с т а н ц и о н н о	

21.3. Индивидуальный план работы с семьей по реализации мероприятий и оказанию услуг по ранней помощи в рамках реализации индивидуальной программы ранней помощи (приложение № 2 к индивидуальной программе ранней помощи детям и их семьям)

22. Междисциплинарная команда специалистов:

Специалист: _____

должность подпись расшифровка подписи

Специалист: _____
должность подпись расшифровка подписи

Специалист: _____

должность подпись расшифровка подписи

Родитель: _____

должность
подпись
расшифровка подписи

V. Реализация мероприятий и оказание услуг на этапе реализации индивидуальной программы ранней помощи

23. Учет реализации мероприятий и оказания услуг на этапе реализации ИПРП:

[illegible]

24. Результаты проведения промежуточной оценки реализации ИПРП:

Дата проведения оценки:

VI. Заключение междисциплинарной команды специалистов о выполнении индивидуальной программы ранней помощи детям и их семьям

25. ИПРП реализована:

25. 1. ☐ полностью

25.2. ☐ частично

26. Перечень неисполненных услуг, предусмотренных ИПРП: _____

26.1. Причины неисполнения услуг, предусмотренных ИПРП:

26.1.1. ☐ дитель (законный (уполномоченный) представитель отказался от предоставления отдельного вида услуг

☐

26.1.2. Родитель (законный (уполномоченный) представитель отказался от реализации ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) в целом

26.1.3. ☐ иные причины (указать): _____

27. Оценка результатов реализации ИПРП: _____

27.1 Результаты углубленной оценки:

№ п/п	Результаты оценки	Специалист	Подпись

27.2 Результаты оценки развития ребенка (повторной):

Область развития	Результаты
Познавательная область	
Социальная область	
Самообслуживание	
Речь	
Понимание	
Тонкая моторика	
Крупная моторика	
Дата заполнения опросника:	Возраст:

Область развития	Результаты
Познавательная область	
Социальная область	
Самообслуживание	
Речь	
Понимание	
Тонкая моторика	
Крупная моторика	
Дата заполнения опросника:	Возраст:

28. Заключение об общей эффективности предоставления ранней помощи детям и их семьям

Показатель	Положительная динамика	Отсутствие изменений
Области жизнедеятельности ребенка		
Вовлеченность в повседневные естественные жизненные ситуации		
Уровень развития ребенка		
Формирование взаимодействий ребенка и родителя или других непосредственно ухаживающих за ребенком взрослых		
Повышение компетентности родителей (законных представителя)		

29. Окончание реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям

- ☐ Возраст ребенка (старше 3 лет)
- ☐ Достижение целей ИПРП
- ☐ Отказ от получения услуг
- ☐ Медицинские противопоказания
- ☐ Невыполнение условий договора
- ☐ Перевод в образовательную организацию
- ☐

Иные причины

VII. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов для законного (уполномоченного) представителя ребенка по итогам проведения мероприятий и оказания услуг по ранней помощи

Дата _____
(число, месяц, год)

Рекомендации даны получателю услуг по ранней помощи (далее – услуги)

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____ Возраст: _____

Пол: ☐ мужской ☐ женский

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

Форма оказания услуг:

☐ полустационарная форма

☐ стационарная форма

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

Индивидуальная программа ранней помощи реализована:

☐ полностью

☐ частично

Результат реализации ИПРП: _____

☐ Оказывались консультативные услуги по ранней помощи детям и их семьям без реализации индивидуальной программы ранней помощи детям и их семьям

Перечень предоставленных мероприятий и услуг, согласно стандарту оказания услуг:

Причины неисполнения индивидуального плана работы с семьей (указать):

Рекомендации междисциплинарной реабилитационной команды, оказывающей услуги:

Рекомендации специалиста: _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Рекомендации специалиста: _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Рекомендации специалиста: _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Междисциплинарная команда специалистов:

Специалист: _____	_____	_____
	должность	подпись
		расшифровка подписи

Специалист: _____	_____	_____
	должность	подпись
		расшифровка подписи

Специалист: _____	_____	_____
	должность	подпись
		расшифровка подписи

Родитель: _____	_____	_____
	должность	подпись
		расшифровка подписи

Руководитель организации или уполномоченное им
должностное лицо

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Родитель (законный представитель)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата: «__» _____ 202__ г.

Приложение № 1
к индивидуальной программе
ранней помощи детям и их семьям

**План работы по предоставлению консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям без
реализации индивидуальной программы ранней помощи детям и их семьям**

ФИО ребенка _____

ФИО родителей\законных представителей _____

Возраст ребенка _____

Дата составления плана: _____

Срок реализации плана: с _____ по _____

Перечень консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям:

- ☐ Срочное консультирование семьи и ребенка по вопросам ранней помощи
- ☐ Дистанционное консультирование семьи и ребенка по вопросам ранней помощи
- ☐ Краткосрочное консультирование ребенка и семьи
- ☐ Пролонгированное консультирование ребенка и семьи
- ☐ Консультирование родителей в период адаптации ребенка в образовательной организации
- ☐ Консультирование специалистов и воспитателей дошкольной образовательной организации при переходе ребенка из службы ранней помощи в образовательную организацию и на всем этапе его адаптации

Учет исполнения консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям

№ п/п	Наименование услуги	Срок предоставле ния услуги	Количество предоставленных услуг	Форма предоставления услуги	Исполнитель
----------	---------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------	-------------

				И н д и в и д у а л ь н о	В г р у п п е	О ч н о	Д и с т а н ц и о н н о	

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

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата: «__» _____ 202__ г.

Приложение № 2
к индивидуальной программе
ранней помощи детям и их семьям

**Индивидуальный план работы с семьей по реализации мероприятий и оказанию услуг по ранней помощи в
рамках реализации индивидуальной программы ранней помощи**

ФИО ребенка _____

ФИО родителей\законных представителей _____

Возраст ребенка _____

Дата составления плана: _____

Срок реализации плана: с _____ по _____

Специалист (должность): _____

Цель в ИПРП: _____

Шаги по достижению цели:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Работа специалиста с семьей:

Дата	Описание действий специалиста	Планирование следующей встречи

Специалист		
	(подпись)	(инициалы, фамилия)

Дата: «__» _____ 202__ г.

Источник: <https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=148527>