



КонсультантПлюс

Приказ Минтруда России от 06.02.2024 N 46н
"Об утверждении форм документов для
организации и приобретения комплексной
реабилитации и абилитации в пользу
детей-инвалидов и порядка их формирования"
(Зарегистрировано в Минюсте России
31.05.2024 N 78366)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 07.05.2026

Зарегистрировано в Минюсте России 31 мая 2024 г. N 78366

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 6 февраля 2024 г. N 46н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРИОБРЕТЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ В ПОЛЬЗУ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ПОРЯДКА ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

В соответствии с [подпунктом "г" 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, приказываю:

1. Утвердить:

[форму](#) заключения о соответствии организации, предоставляющей услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотных регионах, или федерального учреждения, предоставляющего услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственного Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, критериям соответствия данных организации или федерального учреждения условиям для предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в пилотных регионах согласно приложению N 1 к настоящему приказу;

[форму](#) сведений о приобретенной услуге по комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов с использованием электронного сертификата согласно приложению N 2 к настоящему приказу;

[форму](#) консультативного заключения Федерального бюро медико-социальной экспертизы по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида согласно приложению N 3 к настоящему приказу;

[форму](#) согласия родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида на обработку персональных данных в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов согласно приложению N 4 к настоящему приказу;

[форму](#) направления медико-экспертных документов главным бюро медико-социальной экспертизы в Федеральное бюро медико-социальной экспертизы для получения консультативного заключения по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида согласно приложению N 5 к настоящему приказу;

[форму](#) сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной

реабилитации и абилитации детей-инвалидов, согласно приложению N 6 к настоящему приказу;

форму выписки из сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации, для направления в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации согласно приложению N 7 к настоящему приказу;

форму выписки из сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации, для направления в исполнительный орган государственной власти пилотного региона в сфере социальной защиты согласно приложению N 8 к настоящему приказу;

форму выписки 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, согласно приложению N 9 к настоящему приказу;

форму выписки из сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации, для выдачи (направления) родителям (иным законным представителям) ребенка-инвалида согласно приложению N 10 к настоящему приказу;

форму информированного добровольного согласия на приобретение услуг по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида в организации, предоставляющей услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе, или в федеральном учреждении, предоставляющем услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственном Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, с учетом возможности отказа от отдельных видов мероприятий комплексной реабилитации и абилитации в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов согласно приложению N 11 к настоящему приказу;

форму журнала учета проведенных в организации, предоставляющей услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе, или в федеральном учреждении, предоставляющем услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственном Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, мероприятий в рамках услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов согласно приложению N 12 к настоящему приказу;

форму реабилитационной (абилитационной) карты проведения комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида согласно приложению N 13 к настоящему приказу;

порядок формирования документов для организации и приобретения комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов согласно приложению N 14 к настоящему приказу.

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

Министр

А.О.КОТЯКОВ

Приложение N 1
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

Заключение

о соответствии организации, предоставляющей услуги
по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотных
регионах, или федерального учреждения, предоставляющего
услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов,
подведомственного Министерству труда и социальной защиты
Российской Федерации, критериям соответствия данных
организации или федерального учреждения условиям
для предоставления услуг по комплексной реабилитации
и абилитации детей-инвалидов в пилотных регионах

N _____ " ____ " _____ 202_ г.

Межведомственной комиссией по контролю за соответствием организаций,
предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в
пилотных регионах (далее - организации), и федеральных учреждений,
предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов,
подведомственных Министерству труда и социальной защиты Российской
Федерации (далее - федеральные учреждения), критериям соответствия
организаций и федеральных учреждений условиям для предоставления услуг по
комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в пилотных регионах
(далее соответственно - межведомственная комиссия, критерии) в составе,
утверждаемом в соответствии с [подпунктом "е" 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:

председателя _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии),
занимаемая должность и место работы)

заместителя председателя _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии),
занимаемая должность и место работы)

членов межведомственной комиссии:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность и место работы)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность и место работы)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность и место работы)
рассмотрена заявка _____

(полное наименование организации
или федерального учреждения)
на участие в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации
и абилитации детей-инвалидов от "___" _____ 202__ г. N ____ с
прилагаемыми к ней документами
и вынесено решение о _____

(о соответствии/несоответствии (выбрать нужное)
критериям, утверждаемым в соответствии с подпунктом "д" пункта 9 Правил
реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации
и абилитации детей-инвалидов, утвержденным постановлением Правительства
Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. N 2339.

В случае вынесения решения о несоответствии организации или
федерального учреждения критериям указывается причина согласно протоколу
заседания межведомственной комиссии: _____

Председатель межведомственной комиссии

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Приложение N 2
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

Сведения
о приобретенной услуге по комплексной реабилитации
и абилитации в пользу детей-инвалидов с использованием
электронного сертификата
за _____ 20__ года

(наименование государственного внебюджетного фонда)

1. Расходы на приобретение услуги по комплексной реабилитации и абилитации в пользу
детей-инвалидов с использованием электронного сертификата

Наименование территориального отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальное отделение СФР)	Численность детей-инвалидов, которым категория "ребенок-инвалид" установлена впервые (уникальные записи, поступившие от Федерального бюро медико-социальной экспертизы) (чел.)	Количество оформленных электронных сертификатов (активированных и не активированных) (далее - ЭС) <1>		Численность детей-инвалидов, в пользу которых приобретены услуги по комплексной реабилитации и абилитации с использованием ЭС	
		всего (шт.)	на сумму (тыс. руб.)	всего на отчетную дату (чел.)	расходы на приобретение услуг, всего (тыс. руб.)
1	2	3	4	5	6
Всего					
по _____					
по _____					
по _____					

в том числе:				ЭС не активирован	
ЭС активирован, услуги оказываются		ЭС активирован, оказание услуг завершено			
численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)	численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)	численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)

7	8	9	10	11	12

Данные о возврате средств по неиспользованным ЭС, срок действия по которым завершен		Данные о возврате средств по использованным ЭС, если стоимость приобретенной услуги ниже стоимости ЭС	
количество ЭС, которые не активированы и срок их действия завершен (шт.)	возврат средств по неиспользованным ЭС (тыс. руб.)	количество использованных ЭС (шт.)	возврат средств по использованным ЭС (тыс. руб.)
13	14	15	16

2. Расходы на оказанные услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в зависимости от выбранной формы ее оказания

Наименование территориального отделения СФР	в полустационарных условиях, включая питание детей-инвалидов		в стационарных условиях, включая проживание и питание детей-инвалидов		в стационарных условиях, включая проживание и питание детей-инвалидов и сопровождающих	
	численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)	численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)	численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)
1	2	3	4	5	6	7
Всего						
по _____						
в организациях						
в федеральных учреждениях						
по _____						
в организациях						
в федеральных учреждениях						
по _____						
в организациях						

в федеральных учреждениях						
---------------------------	--	--	--	--	--	--

3. Расходы на оказанные услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в зависимости от продолжительности курса

Наименование территориального отделения СФР	услуги оказаны одной реабилитационной организацией в полном объеме (21 день)		услуги оказаны одной реабилитационной организацией и завершены досрочно (менее 21 дня, но более 3-х дней)		услуги оказаны двумя реабилитационными организациями в полном объеме (21 день) (до 3-х дней в одной организации, остальные дни в другой)	
	численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)	численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)	численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)
1	2	3	4	5	6	7
Всего						
по _____						
в организациях						
в федеральных учреждениях						
по _____						
в организациях						

в федеральных учреждениях						
по _____						
в организациях						
в федеральных учреждениях						

услуги оказаны двумя реабилитационными организациями и завершены досрочно (менее 21 дня) (до 3-х дней в одной организации, остальные дни в другой)		услуги оказаны одной реабилитационной организацией и завершены досрочно до 3-х дней (срок действия ЭС истек или ЭС заблокирован досрочно)	
численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)	численность детей-инвалидов (чел.)	расходы (тыс. руб.)
8	9	10	11

4. Расходы на предоставление проезда к месту приобретения услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов и обратно

Наименование территориального отделения СФР	Численность граждан, воспользовавшихся проездом (ж/д транспорт)		Численность граждан, обратившихся за компенсацией (личный автомобильный транспорт)		Общие расходы на предоставление проезда (тыс. руб.)
	всего, с учетом сопровождающих (чел.)	расходы (тыс. руб.)	всего (чел.)	расходы (тыс. руб.)	
1	2	3	4	5	6
Всего					
по _____					
по _____					
по _____					

<1>Статья 4 Федерального закона от 30 декабря 2020 г. N 491-ФЗ "О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата".

Приложение N 3
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

Федеральное государственное бюджетное учреждение
"Федеральное бюро медико-социальной экспертизы"
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ВОПРОСАМ
КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА

N __.__.____/____

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
2. Дата рождения: день __ месяц __ год ____
3. Возраст: _____
4. Пол: 4.1. ☐ мужской 4.2. ☐ женский

5. Наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы, направившего медико-экспертные документы ребенка-инвалида в Федеральное бюро медико-социальной экспертизы для получения консультативного заключения по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

6. Номер формы направления медико-экспертных документов главным бюро медико-социальной экспертизы в Федеральное бюро медико-социальной экспертизы для получения консультативного заключения по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида: _____

7. Акт медико-социальной экспертизы N __.__.____/____.____

8. Протокол проведения медико-социальной экспертизы

N __.__.____/____.____

9. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида N __.__.____/____.____

10. Консультативное заключение и рекомендации Федерального бюро медико-социальной экспертизы:

10.1. В части установления целевой реабилитационной группы и подгруппы ребенка-инвалида (основной и (или) дополнительной):

10.2. В части определения цели оказания ребенку-инвалиду услуг по комплексной реабилитации и абилитации:

10.3. В части определения медицинских показаний и противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

10.4. В части определения нуждаемости ребенка-инвалида в услугах по комплексной реабилитации и абилитации:

10.5. В части установления случая, требующего сложных видов реабилитации и абилитации в федеральных учреждениях, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственных Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации (далее – федеральные учреждения):

10.5.1. Случай, требующий сложных видов реабилитации и абилитации в федеральных учреждениях

10.5.1.1. ☐ не установлен

10.5.1.2. ☐ установлен

10.5.1.2.1. ☐ рекомендовано направить ребенка-инвалида для получения

услуг по комплексной реабилитации и абилитации в федеральное учреждение (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 им. Г.А. Альбрехта" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации:

10.5.1.2.1.1. ☐ в федеральном государственном бюджетном учреждении

"Федеральное бюро медико-социальной экспертизы" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

10.5.1.2.1.2. ☐ в федеральном государственном бюджетном учреждении

"Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

10.5.1.2.1.3. дата планируемого поступления ребенка-инвалида для
получения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в федеральное
учреждение (число, месяц, год): __._____._____
10.5.1.3. Дополнительная информация:

10.6. В иной части вопросов комплексной реабилитации и абилитации
ребенка-инвалида:

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

МП

Приложение N 4
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

Согласие
родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида
на обработку персональных данных в рамках реализации
пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной
реабилитации и абилитации детей-инвалидов

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
зарегистрированный (зарегистрированная) по адресу _____,
документ, удостоверяющий личность _____

_____,
(наименование вида документа, серия и номер документа,
наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи документа)
являюсь родителем/иным законным представителем ребенка-инвалида,

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

_____,
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия иного законного
представителя ребенка-инвалида)
приходящегося мне _____, зарегистрированного по адресу:

_____,
в целях приобретения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в
пользу ребенка-инвалида в рамках участия в пилотном проекте по оказанию
услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, [Правила](#)
реализации которого утверждены постановлением Правительства Российской
Федерации от 17 декабря 2021 г. N 2339 (далее – пилотный проект), в
соответствии с [пунктом 4 статьи 9](#) Федерального закона от 27 июля 2006 г.
N 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие

(наименование оператора, получающего согласие субъекта персональных данных)
_____, (далее – оператор),
находящегося по адресу: _____,

на обработку моих персональных данных и персональных данных
ребенка-инвалида, то есть на совершение действий, предусмотренных [пунктом 3](#)
[статьи 3](#) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных
данных", а также на передачу такой информации другим участникам пилотного
проекта (Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации; Фонд
пенсионного и социального страхования Российской Федерации и его
территориальные органы в пилотных субъектах Российской Федерации;
организации, оказывающие услуги по комплексной реабилитации и абилитации
детей-инвалидов с использованием электронного сертификата в пилотных
субъектах Российской Федерации; федеральное государственное бюджетное
учреждение "Федеральное бюро медико-социальной экспертизы" Министерства
труда и социальной защиты Российской Федерации; федеральное государственное
бюджетное учреждение "Федеральный научно-образовательный центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта"
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации) и третьим
лицам, в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида и законного представителя;
- дата рождения (день, месяц, год) ребенка-инвалида и законного представителя;
- сведения о гражданстве ребенка-инвалида и законного представителя;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность ребенка-инвалида и законного представителя;
- страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка-инвалида и законного представителя;
- адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания ребенка-инвалида и законного представителя;
- документ, удостоверяющий полномочия законного представителя ребенка-инвалида;
- сведения о состоянии здоровья ребенка-инвалида, в том числе: диагнозы основного и сопутствующего заболеваний; виды и степени выраженности стойких нарушений функций организма ребенка-инвалида, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами; виды и степени выраженности ограничений жизнедеятельности;
- сведения о результатах оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее – услуга) для оценки эффективности их

проведения;

- сведения о фактически оказанных услугах и об объеме таких услуг;
- сведения о нуждаемости в оказании услуги;
- почтовый и электронный адреса законного представителя;
- номера телефонов законного представителя;
- иные персональные данные в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, которые могут потребоваться для целей пилотного проекта.

Настоящее согласие действует со дня его подписания, действует бессрочно и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору письменного заявления.

Я также даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем пересылки мне SMS-сообщений.

фамилия, имя, отчество (при наличии)
родителя (иного законного
представителя) ребенка-инвалида

подпись

дата
(число, месяц, год)

Приложение
к согласию родителя
(иного законного представителя)
ребенка-инвалида на обработку
персональных данных в рамках
реализации пилотного проекта
по оказанию услуг по комплексной
реабилитации и абилитации
детей-инвалидов

Сведения
для приобретения комплексной реабилитации и абилитации
в пользу детей-инвалидов в рамках реализации пилотного
проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации
и абилитации детей-инвалидов

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
субъекта персональных данных)

в целях приобретения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида в рамках участия в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, [Правила](#) реализации которого утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. N 2339, сообщаю номер национального платежного инструмента потребителя

(указать номер банковской карты платежной системы "МИР"
родителя (законного представителя) ребенка-инвалида
(16 цифр)

фамилия, имя, отчество (при наличии)
родителя (иного законного
представителя)

подпись

дата
(число, месяц, год)

Приложение N 5
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

(наименование федерального учреждения
медико-социальной экспертизы)

НАПРАВЛЕНИЕ
МЕДИКО-ЭКСПЕРТНЫХ ДОКУМЕНТОВ ГЛАВНЫМ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ В ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ
КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА

N _____._____._____/____.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
2. Дата рождения: день ____ месяц ____ год ____
3. Возраст: _____

4. Пол: 4.1. ☐ мужской 4.2. ☐ женский

5. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации,
содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную
экспертизу: N ____ от "____" _____ 20__ г.

6. Акт медико-социальной экспертизы N _____._____._____/_____.____.

7. Протокол проведения медико-социальной экспертизы N _____._____._____/_____.____.

8. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида
(далее - ИПРА ребенка-инвалида) N _____._____._____/_____.____.

9. Причины направления медико-экспертных документов в Федеральное бюро
медико-социальной экспертизы для получения консультативного заключения по
вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (указать
одно или несколько):

9.1. ☐ затруднения при установлении целевой реабилитационной группы и

подгруппы ребенка-инвалида (основной и (или) дополнительной) (описать):

9.2. ☐ затруднения при определении цели оказания ребенку-инвалиду услуг по комплексной реабилитации и абилитации (описать):

9.3. ☐ затруднения при определении медицинских показаний и противопоказаний для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (описать):

9.4. ☐ затруднения при определении нуждаемости ребенка-инвалида в услугах по комплексной реабилитации и абилитации (описать):

9.5. ☐ установление случая, требующего сложных видов реабилитации и абилитации в федеральных учреждениях, предоставляющих услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственных Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации

9.5.1. Виды сложной и (или) высокотехнологичной медицинской помощи, в которых нуждается ребенок-инвалид, в соответствии с формой направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией (указать):

9.6. Иные причины (описать):

10. Медико-экспертные документы размещены в информационной системе, используемой для проведения медико-социальной экспертизы (указать):

10.1. ☐ копия направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией

10.2. ☐ копия акта медико-социальной экспертизы гражданина

10.3. ☐ копия протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном учреждении медико-социальной экспертизы

10.4. ☐ копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации
ребенка-инвалида

11. Прилагаемые медико-экспертные документы:

11.1. ☐ копии иных медицинских документов, в том числе результатов
медицинских обследований – приема (осмотра, консультации)
врачей-специалистов, медицинского психолога, лабораторных,
инструментальных, функциональных методов исследования и других результатов
медицинских обследований

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

подпись

фамилия, имя, отчество
(при наличии)

МП

Приложение N 6
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

(наименование федерального учреждения
медико-социальной экспертизы)

СВЕДЕНИЯ
О РЕБЕНКЕ-ИНВАЛИДЕ, НУЖДАЮЩЕМСЯ В ОКАЗАНИИ УСЛУГ
ПО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

N __.__.____/____

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 _____ 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. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного представителя
ребенка-инвалида: _____

15. Степень родства законного представителя ребенка-инвалида:

15.1. ☐ мать 15.2. ☐ отец 15.3. ☐ бабушка 15.4. ☐ дедушка

15.5. ☐ брат 15.6. ☐ сестра

15.7. ☐ другая степень родства (указать): _____ 15.8. ☐ не имеет родства

16. Контактная информация:

16.1. Контактные телефоны: _____, _____, _____

16.2. Адрес электронной почты: _____

16.3. Иное (указать): _____

16.4. Предпочтительный способ связи:

16.4.1. ☐ по телефону 16.4.2. ☐ по электронной почте 16.4.3. ☐ заказным письмом

16.4.4. ☐ иным способом (указать): _____

17. Номер национального платежного инструмента (карты МИР) родителя (законного представителя) ребенка-инвалида: _____

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

18. Клинико-функциональный диагноз:

18.1. Основное заболевание: _____

18.2. Код по международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее - МКБ-10) _____

18.3. Осложнения основного заболевания: _____

18.4. Коды по МКБ-10 _____

18.5. Сопутствующие заболевания: _____

18.6. Коды по МКБ-10 _____

18.7. Осложнения сопутствующих заболеваний: _____

18.8. Коды по МКБ-10 _____

19. Инвалидность:

19.1. Категория "ребенок-инвалид" установлена на срок до: _____

19.1.1. Дата установления категории "ребенок-инвалид": день _____ месяц _____ год _____

19.2. Акт медико-социальной экспертизы N _____._____._____/_____._____._____

19.3. Протокол проведения _____ медико-социальной экспертизы N _____._____._____/_____._____._____ от _____

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

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

20.2. Номер ИПРА ребенка-инвалида: N _____._____._____/_____._____._____

21. 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			
21.1. Нарушение психических функций	21.1.1. ☐ незначительные нарушения %	21.1.2. ☐ умеренные нарушения %	21.1.3. ☐ выраженные нарушения %	21.1.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
21.2. Нарушение языковых и речевых функций	21.2.1. ☐ незначительные нарушения %	21.2.2. ☐ умеренные нарушения %	21.2.3. ☐ выраженные нарушения %	21.2.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
21.3. Нарушение сенсорных функций	21.3.1. ☐ незначительные нарушения %	21.3.2. ☐ умеренные нарушения %	21.3.3. ☐ выраженные нарушения %	21.3.4. ☐ значительно выраженные нарушения %

21.4. Нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций	21.4.1. ☐ незначительные нарушения %	21.4.2. ☐ умеренные нарушения %	21.4.3. ☐ выраженные нарушения %	21.4.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
21.5. Нарушение функций сердечно-сосудистой системы	21.5.1. ☐ незначительные нарушения %	21.5.2. ☐ умеренные нарушения %	21.5.3. ☐ выраженные нарушения %	21.5.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
21.6. Нарушение функций дыхательной системы	21.6.1. ☐ незначительные нарушения %	21.6.2. ☐ умеренные нарушения %	21.6.3. ☐ выраженные нарушения %	21.6.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
21.7. Нарушение функций пищеварительной системы	21.7.1. ☐ незначительные нарушения	21.7.2. ☐ умеренные нарушения	21.7.3. ☐ выраженные нарушения	21.7.4. ☐ значительно выраженные

	%	%	%	нарушения %
21.8. Нарушение функций эндокринной системы и метаболизма	21.8.1. ☐ незначительные нарушения %	21.8.2. ☐ умеренные нарушения %	21.8.3. ☐ выраженные нарушения %	21.8.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
21.9. Нарушение функций системы крови и иммунной системы	21.9.1. ☐ незначительные нарушения %	21.9.2. ☐ умеренные нарушения %	21.9.3. ☐ выраженные нарушения %	21.9.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
21.10. Нарушение функций мочевыделительной системы	21.10.1. ☐ незначительные нарушения %	21.10.2. ☐ умеренные нарушения %	21.10.3. ☐ выраженные нарушения %	21.10.4. ☐ значительно выраженные нарушения %

21.11. Нарушение функций кожи и связанных с ней систем	21.11.1. ☐ незначительные нарушения %	21.11.2. ☐ умеренные нарушения %	21.11.3. ☐ выраженные нарушения %	21.11.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
21.12. Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	21.12.1. ☐ незначительные нарушения %	21.12.2. ☐ умеренные нарушения %	21.12.3. ☐ выраженные нарушения %	21.12.4. ☐ значительно выраженные нарушения %

22. Суммарная оценка степени нарушения функции организма человека в процентном выражении при наличии нескольких стойких нарушений функций человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах)

22.1. Максимально выраженное в процентах стойкое нарушение функции организма человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами %	22.1.1. Установлена в соответствии с пунктом количественной оценки степени выраженности стойких нарушений функции организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами в процентах: _____
---	---

22.1.2. Наличие факта влияния всех других имеющих стойких нарушений функций организма человека на максимально выраженное нарушение функции организма человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами	22.1.2.1. ☐ есть	22.1.2.2. ☐ нет
---	---	--

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

23.1. Способность к самообслуживанию			23.2. Способность к передвижению			23.3. Способность к общению			23.4. Способность к ориентации			23.5. Способность к обучению			23.6. Способность к контролю за своим поведением			23.7. Способность к трудовой деятельности		
(степень)			(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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. 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		

25. 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 (далее – Методика):

25.1. Код целевой реабилитационной группы: _____

25.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____

25.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____

25.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____

26. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с [Методикой](#):

26.1. Код целевой реабилитационной группы: _____

26.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____

26.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____

26.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____

27. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с [Методикой](#):

27.1. Код целевой реабилитационной группы: _____

27.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____

27.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____

27.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____

28. Цель оказания ребенку-инвалиду услуг по комплексной реабилитации и абилитации:

28.1. 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):

28.1.1. ☐ ограничение способности к самообслуживанию

☐

28.1.2. ☐ ограничение способности к передвижению

28.1.3. ☐ ограничение способности к общению

28.1.4. ☐ ограничение способности к ориентации

28.1.5. ☐ ограничение способности к обучению

28.1.6. ☐ ограничение способности к контролю за своим поведением

28.1.7. ☐ ограничение способности к трудовой деятельности

29. Медицинские показания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

29.1. ☐ определены

29.2. ☐ не определены

30. Медицинские противопоказания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

30.1. ☐ не определены

30.2. ☐ определены

30.2.1. Определены следующие медицинские противопоказания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

30.2.1.1. ☐ туберкулез любых органов и систем с подтвержденным бактериовыделением

30.2.1.1.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.1.2. Диагноз: _____

30.2.1.2. ☐ острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания в стадии обострения, тяжелого течения и (или) заразные для окружающих, а также лихорадки и сыпи неясной этиологии

30.2.1.2.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.2.2. Диагноз: _____

30.2.1.3. ☐ острые неинфекционные заболевания или обострения хронических неинфекционных заболеваний внутренних органов и систем, требующие медицинского наблюдения и лечения в стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях в медицинской организации

30.2.1.3.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.3.2. Диагноз: _____

30.2.1.4. ☐ острые неинфекционные заболевания или обострения хронических

☐

неинфекционных заболеваний внутренних органов и систем в раннем
восстановительном периоде

30.2.1.4.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.4.2. Диагноз: _____

30.2.1.5. ☐ острые психические расстройства и расстройства поведения,
требующие медицинского наблюдения и лечения в стационарных или
амбулаторно-поликлинических условиях в медицинской организации

30.2.1.5.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.5.2. Диагноз: _____

30.2.1.6. ☐ хронические психические расстройства и расстройства поведения
в стадии обострения и (или) с тяжелой некупируемой фармакологически
психопродуктивной симптоматикой, требующие медицинского наблюдения и
лечения в стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях в
медицинской организации

30.2.1.6.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.6.2. Диагноз: _____

30.2.1.7. ☐ психические расстройства и расстройства поведения, связанные
с употреблением психоактивных веществ (острая интоксикация, синдром
зависимости, синдром отмены), требующие медицинского наблюдения и лечения в
стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях в медицинской
организации;

30.2.1.7.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.7.2. Диагноз: _____

30.2.1.8. ☐ эпилепсия и судорожные синдромы с тяжелой формой течения,
фармакорезистентные

30.2.1.8.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.8.2. Диагноз: _____

30.2.1.9. ☐ злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого
лечения, в том числе проведения химиотерапии
КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

30.2.1.9.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.2.9.2. Диагноз: _____

30.2.1.10 ☐ абсцесс, некроз, гангрена конечностей или внутренних органов,
требующие неотложного хирургического вмешательства

30.2.1.10.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.10.2. Диагноз: _____

30.2.1.11. ☐ тяжелые заболевания кожи с множественными высыпаниями и
обильным отделяемым

30.2.1.11.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.11.2. Диагноз: _____

30.2.1.12. ☐ заболевания и состояния, требующие интенсивного медицинского
наблюдения, лечения или ухода

30.2.1.12.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.12.2. Диагноз: _____

30.2.1.13. ☐ пролежни любой степени и локализации

□

30.2.1.13.1. Код по МКБ-10: _____ 30.2.1.13.2. Диагноз: _____

31. Направление в Федеральное бюро медико-социальной экспертизы медико-экспертных документов для получения консультативного заключения по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

31.1. ☐ медико-экспертные документы не направлялись в Федеральное бюро медико-социальной экспертизы

31.2. ☐ медико-экспертные документы направлялись в Федеральное бюро медико-социальной экспертизы

31.2.1. Номер направления медико-экспертных документов в Федеральное бюро медико-социальной экспертизы для получения консультативного заключения по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида: N _____._____._____/_____._____

31.2.2. Номер консультативного заключения Федерального бюро медико-социальной экспертизы по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида: N _____._____._____/_____._____

32. Нуждаемость в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

32.1. ☐ нуждается

32.2. ☐ не нуждается

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

33. Рекомендовать родителям (законным представителям) ребенка-инвалида обратиться для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в организацию, предоставляющую услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе (указать рекомендуемую организацию (организации) в пилотном регионе с учетом ее профиля): _____

34. 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 нуждемости 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 им. Г.А. Альбрехта" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации:

34.1. ☐ в федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральное бюро медико-социальной экспертизы" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

34.2. ☐ 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

34.3. 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): __.____.____

35. Иные рекомендации (указать):

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

36.1. ☐ получено 36.2. ☐ не получено

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

37.1. ☐ получено 37.2. ☐ не получено

38. Выписка из 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 высший исполнительный орган пилотного региона в сфере социальной защиты:

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

38.1. ☐ да 38.2. ☐ нет

39. Выписка из 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:

39.1. ☐ да 39.2. ☐ нет

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

40.1. ☐ да 40.2. ☐ нет

Руководитель бюро (главного бюро)
медико-социальной экспертизы

(должностное лицо, уполномоченное
руководителем бюро (главного бюро)

подпись

фамилия, имя, отчество
(при наличии)

МП

Приложение N 7
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 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 Фонд пенсионного и социального страхования
Российской Федерации

N ____ . ____ . ____ / ____

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 _____ 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. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного представителя
ребенка-инвалида: _____

15. Степень родства законного представителя ребенка-инвалида:

15.1. ☐ мать 15.2. ☐ отец 15.3. ☐ бабушка 15.4. ☐ дедушка

15.5. ☐ брат 15.6. ☐ сестра

15.7. ☐ другая степень родства (указать): _____ 15.8. ☐ не имеет родства

16. Контактная информация:

16.1. Контактные телефоны: _____, _____, _____

16.2. Адрес электронной почты: _____

16.3. Иное (указать): _____

16.4. Предпочтительный способ связи:

16.4.1. ☐ по телефону 16.4.2. ☐ по электронной почте 16.4.3. ☐ заказным письмом

16.4.4. ☐ иным способом (указать): _____

17. Номер национального платежного инструмента (карты МИР) родителя (законного представителя) ребенка-инвалида: _____

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

18. Инвалидность:

18.1. Категория "ребенок-инвалид" установлена на срок до: _____

18.1.1. Дата установления категории "ребенок-инвалид": день _____ месяц _____ год _____

18.2. Акт медико-социальной экспертизы N _____. / _____.

18.3. Протокол проведения медико-социальной экспертизы N _____. / _____.

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

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

19.2. Номер ИПРА ребенка-инвалида: N _____. / _____.

20. Установлены 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 (далее – Методика):

20.1. Код целевой реабилитационной группы: _____

20.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____

20.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____

20.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____

21. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с [Методикой](#):

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

23.1. 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):

23.1.1. ☐ ограничение способности к самообслуживанию

23.1.2. ☐ ограничение способности к передвижению

23.1.3. ☐ ограничение способности к общению

23.1.4 ☐ ограничение способности к ориентации

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

23.1.4. ☐ ограничение способности к обучению

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

23.1.5. ☐ ограничение способности к контролю за своим поведением

23.1.7. ☐ ограничение способности к трудовой деятельности

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

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

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

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

27. 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): _____

28. 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 им. Г.А. Альбрехта" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации:

28.1. ☐ в федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральное бюро медико-социальной экспертизы" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

28.2. ☐ 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

28.3. 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): ____ . ____ . ____

29. Иные рекомендации (указать):

30. ☐ Получено согласие родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида на участие в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов

31. ☐ Получено согласие родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида на обработку персональных данных в рамках проведения пилотного проекта

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

подпись

фамилия, имя, отчество
(при наличии)

МП

Приложение N 8
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 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 исполнительный орган государственной
власти пилотного региона в сфере социальной защиты

N __.__.____/____

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 _____ 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. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного представителя ребенка-инвалида: _____

15. Степень родства законного представителя ребенка-инвалида:

15.1. ☐ мать 15.2. ☐ отец 15.3. ☐ бабушка 15.4. ☐ дедушка

15.5. ☐ брат 15.6. ☐ сестра

15.7. ☐ другая степень родства (указать): _____

15.8. ☐ не имеет родства

16. Контактная информация:

16.1. Контактные телефоны: _____, _____, _____

16.2. Адрес электронной почты: _____

16.3. Иное (указать): _____

16.4. Предпочтительный способ связи:

16.4.1. ☐ по телефону 16.4.2. ☐ по электронной почте

16.4.3. ☐ заказным письмом

16.4.4. ☐ иным способом (указать): _____

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

17. Инвалидность:

- 17.1. Категория "ребенок-инвалид" установлена на срок до: _____
- 17.1.1. Дата установления категории "ребенок-инвалид": день ____ месяц ____ год _____
- 17.2. Акт медико-социальной экспертизы N ____./____./____.
- 17.3. Протокол проведения медико-социальной экспертизы N ____./____./____.
18. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА ребенка-инвалида) :
- 18.1. ИПРА ребенка-инвалида разработана на срок до: _____
- 18.2. Номер ИПРА ребенка-инвалида: N ____./____./____.
19. Установлены основная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии **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 года N 2339 (далее – Методика) :
- 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. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с **Методикой** :
- 20.1. Код целевой реабилитационной группы: _____
- 20.2. Наименование целевой реабилитационной группы: _____
- 20.3. Код целевой реабилитационной подгруппы: _____
- 20.4. Наименование целевой реабилитационной подгруппы: _____
21. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с **Методикой** :
- 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. Цель оказания ребенку-инвалиду услуги по комплексной реабилитации и абилитации:
- 22.1. 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) :
- 22.1.1. ☐ ограничение способности к самообслуживанию
- 22.1.2. ☐ ограничение способности к передвижению
- 22.1.3. ☐ ограничение способности к общению
- 22.1.4. ☐ ограничение способности к ориентации
- 22.1.5. ☐ ограничение способности к обучению
- ☐

- 22.1.6. ☐ ограничение способности к контролю за своим поведением
- 22.1.7. ☐ ограничение способности к трудовой деятельности
23. ☐ определены медицинские показания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида
24. ☐ отсутствуют медицинские противопоказания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида
25. ☐ определена нуждаемость в оказании услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида

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

26. 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 детям-инвалидам в пилотном регионе (указать рекомендуемую организацию (организации) в пилотном регионе с учетом ее профиля): _____

27. 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:

27.1. ☐ в федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральное бюро медико-социальной экспертизы" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

27.2. ☐ 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

27.3. 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

М.П.

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

N . . /

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 _____ 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. 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 N __.__.____/____.____.
16.3. Протокол проведения медико-социальной экспертизы N __.__.____/____.____
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: N __.__.____/____.____.
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. Нарушение психических функций	18.1.1. ☐ незначительные нарушения %	18.1.2. ☐ умеренные нарушения %	18.1.3. ☐ выраженные нарушения %	18.1.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
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 нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций	18.4.1. ☐ незначительные нарушения %	18.4.2. ☐ умеренные нарушения %	18.4.3. ☐ выраженные нарушения %	18.4.4. ☐ 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)	(степень)
123	123	123	123	123	123	123

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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. N 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

Приложение N 10
к приказу Министерства
труда и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

Выписка

из сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании
услуг по комплексной реабилитации и абилитации, для выдачи
(направления) родителям (иным законным
представителям) ребенка-инвалида

N ____ . ____ . ____ / ____

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
2. Дата рождения: день ____ месяц ____ год ____
3. Возраст: _____
4. Родителям (иным законным представителям) ребенка-инвалида
рекомендовано 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): _____

5. Ребенок-инвалид направлен для получения услуг по комплексной
реабилитации и абилитации в федеральное учреждение, предоставляющее услуги
по комплексной 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:

5.1. ☐ в федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральное

бюро медико-социальной экспертизы" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

5.2. федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

5.3. Дата планируемого поступления ребенка-инвалида для получения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в федеральное учреждение, предоставляющее услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственное Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации (число, месяц, год): ____.

6. Иные рекомендации (указать):

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

подпись

фамилия, имя, отчество
(при наличии)

МП

Приложение N 11
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

Информированное добровольное согласие
на приобретение услуг по комплексной реабилитации
и абилитации в пользу ребенка-инвалида в организации,
предоставляющей услуги по реабилитации и абилитации
детям-инвалидам в пилотном регионе, или в федеральном
учреждении, предоставляющем услуги по реабилитации
и абилитации детей-инвалидов, подведомственном Министерству
труда и социальной защиты Российской Федерации, с учетом
возможности отказа от отдельных видов мероприятий
комплексной реабилитации и абилитации в рамках реализации
пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной
реабилитации и абилитации детей-инвалидов

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
зарегистрированный _____ (зарегистрированная) _____ по _____ адресу:
_____,
документ, удостоверяющий личность _____
_____,
(наименование вида документа, серия и номер документа, наименование органа,
выдавшего документ, дата выдачи документа)
являюсь _____ родителем/иным _____ законным _____ представителем _____ ребенка-инвалида,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)
_____,
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия иного законного
представителя ребенка-инвалида)
приходящегося мне _____, зарегистрированного по адресу:
_____,
даю информированное добровольное согласие на приобретение услуги по
комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида (далее –
услуга) в рамках участия в пилотном проекте по оказанию услуг по
комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, [Правила](#) реализации
которого утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17
декабря 2021 г. N 2339 (далее – пилотный проект), в

(полное наименование организации, предоставляющей услуги по реабилитации и
абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе, или федерального учреждения,
предоставляющего услуги по комплексной реабилитации и абилитации
детей-инвалидов, подведомственного Министерству труда и социальной защиты
Российской Федерации)
_____ (далее – организация)

- ☐ в полустационарной форме
- ☐ в стационарной форме без сопровождающего лица
- ☐ в стационарной форме с сопровождающим лицом

и включающей следующие основные направления реабилитации:

- социально-бытовая адаптация
- социально-средовая реабилитация и абилитация
- социально-педагогическая реабилитация и абилитация
- социально-психологическая реабилитация и абилитация
- социокультурная реабилитация и абилитация
- адаптивная физическая культура

Сотрудник организации _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)
в доступной для меня форме разъяснил мне следующее:

- порядок приобретения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в

пользу ребенка-инвалида с использованием электронного сертификата;

- право на получение услуги в течение 21 дня не позднее 12 месяцев со дня установления ребенку категории "ребенок-инвалид" впервые;
- право однократно в течение первых 3 календарных дней после начала оказания услуги в организации принять решение о продолжении оказания услуги в иной организации или в иной период;
- перечень основных направлений реабилитации, которые планируется оказывать ребенку-инвалиду в рамках стандарта предоставления услуги на основании заключаемого договора на приобретение комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида.

Я отказываюсь от отдельных видов основных направлений реабилитации в рамках оказания ребенку услуги по комплексной реабилитации и абилитации (заполняется в случае отказа) :

Мне разъяснены права на конфиденциальность информации и защиту персональных данных, защиту своих прав и законных интересов в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также на обеспечение условий пребывания в организации, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям и требованиям доступности для инвалидов.

Я ознакомлен с порядком оказания услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в организации и согласен его соблюдать.

_____	_____	" " _____ г.
фамилия, имя, отчество	подпись	дата (число, месяц, год)
(при наличии) родителя		
(иного законного представителя)		
ребенка-инвалида		

Информированное добровольное согласие принято:

_____	_____	" " _____ г.
фамилия, имя, отчество	подпись	дата (число, месяц, год)
(при наличии) уполномоченного		
сотрудника организации		

Приложение N 12
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

наименование организации, предоставляющей
услуги по реабилитации и абилитации
детям-инвалидам в пилотном регионе,
или федерального учреждения,
предоставляющего услуги по реабилитации
и абилитации детей-инвалидов,
подведомственного Министерству труда
и социальной защиты Российской Федерации

Журнал
учета проведенных в организации, предоставляющей услуги
по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотном
регионе, или в федеральном учреждении, предоставляющем
услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов,
подведомственном Министерству труда и социальной защиты
Российской Федерации, мероприятий в рамках услуги
по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов

Начат " __ " _____ 20__ г. Окончен " __ " _____ 20__ г.

N п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида, сопровождающего лица (родителя, иного законного представителя)	Код получателя (1 - ребенок-инвалид, 2 - сопровождающее лицо)	Реквизиты договора на приобретени е услуги		Период прохождения курса оказания услуги		Отметка о завершении прохождения курса оказания услуги в течение первых 3 календарных дней (код - 1)	Реквизиты реабилитационн ой (абилитационной) карты		Наименован ие основной целевой реабилитац ионной группы (код)
			номер	дата	дата начала	дата оконча ния		номер	дата	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Наименование стандарта предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (код)	Форма прохождения курса оказания услуги			Наименов ание направлен ия реабилита ции и абилитац ии (код)	Наименование вида услуги в соответствии со стандартом предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (код)	Количес тво проведен ных услуг (ед.)	Дата предост авления услуги	Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность специалиста, предоставивш его услугу
	полустац ионарная - 1	Стационарная, включая проживание и питание детей-инвалидо в, без проживания и питания сопровождающ их лиц - 2	Стационарная , включая проживание и питание детей-инвали дов и сопровождаю щих лиц - 3					
12	13	14	15	16	17	18	19	20

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Приложение N 13
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

Форма

(наименование организации, предоставляющей услуги по реабилитации и
абилитации детям-инвалидам в пилотном регионе, или федерального
учреждения, предоставляющего услуги по комплексной реабилитации
и абилитации детей-инвалидов, подведомственного Министерству труда
и социальной защиты Российской Федерации (далее соответственно
- организация, федеральное учреждение)

(адрес в пределах места нахождения организации
или федерального учреждения)

(ОГРН организации или федерального учреждения)

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ (АБИЛИТАЦИОННАЯ) КАРТА
ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА
N _____

Дата поступления ребенка-инвалида: "___" _____ 202_ г.

Дата выписки ребенка-инвалида: "___" _____ 202_ г.

Форма оказания услуги по комплексной реабилитации и абилитации
ребенка-инвалида:

☐ полустационарная

☐ стационарная без сопровождающего лица

☐ стационарная с сопровождающим лицом

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, места 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:

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. 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 15.4.3. ☐ заказным
почте письмом

15.4.4. ☐ иным способом (указать): _____

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

16. Инвалидность:

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

16.2. Акт медико-социальной экспертизы N _____._____/_____._____

16.3. Протокол проведения медико-социальной экспертизы
N _____._____/_____._____

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: N _____._____/_____._____

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. Нарушение психических функций	18.1.1. ☐ незначительные нарушения %	18.1.2. ☐ умеренные нарушения %	18.1.3. ☐ выраженные нарушения %	18.1.4. ☐ значительно выраженные нарушения %
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 нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций	18.4.1. ☐ незначительные нарушения %	18.4.2. ☐ умеренные нарушения %	18.4.3. выраженные нарушения %	18.4.4. ☐ 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)	(степень)
123	123	123	123	123	123	123

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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 (не нуждаемости) 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 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 (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. Полное или частичное устранение, или компенсация ограничений основных категорий жизнедеятельности ребенка-инвалида, направленная на

восстановление (формирование) способностей ребенка-инвалида к выполнению определенных видов деятельности (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
- 24.2. ☐ проведение профессиональной ориентации
25. ☐ определены медицинские показания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида
26. ☐ не определены 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. Заключение междисциплинарной реабилитационной команды организации (федерального учреждения), оказывающей (оказывающего) услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, при поступлении ребенка-инвалида в организацию (федеральное учреждение)

28. Комплексная социальная диагностика в организации (федеральном учреждении) (первичная) :

28.1. Социально-бытовой статус:

28.2. Социально-средовой статус:

28.3. Социально-психологический статус:

28.4. Социально-педагогический статус:

28.5. Социокультурный статус:

28.6. Профессиональный статус для целей проведения профессиональной ориентации (для детей-инвалидов в возрасте 14 лет и старше):

28.7. Заключение специалиста по адаптивной физической культуре:

28.8. Результаты оценки в организации (федеральном учреждении) ограничений основных категорий жизнедеятельности ребенка-инвалида в соответствии с методикой оценки эффективности услуг, утверждаемой в соответствии с подпунктом "в" 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 (далее – Методика оценки эффективности услуг) (первичная диагностика):

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

28.7.1. Ограничения основных категорий жизнедеятельности	Результаты первичной диагностики (в баллах)
28.7.1.1. Способность к самообслуживанию (самообслуживание и бытовая жизнь)	
28.7.1.2. Способность к передвижению (мобильность)	
28.7.1.3. Способность к ориентации (ориентация)	
28.7.1.4. Способность к общению (общение)	
28.7.1.5. Способность к обучению (обучение и применение знаний)	
28.7.1.6. Способность к контролю за своим поведением (контроль за своим поведением)	
28.7.1.7. Способность к трудовой деятельности (профессиональная	

ориентация)	
-------------	--

29. Клинико-функциональный диагноз:
- 29.1. Основное заболевание: _____
- 29.2. Код по международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее - МКБ-10) _____
- 29.3. Осложнения основного заболевания: _____
- 29.4. Коды по МКБ-10 _____
- 29.5. Сопутствующие заболевания: _____
- 29.6. Коды по МКБ-10 _____
- 29.7. Осложнения сопутствующих заболеваний: _____
- 29.8. Коды по МКБ-10 _____
30. Заключение и рекомендации врачей-специалистов: _____
- _____
- _____
- _____

31. Индивидуальный план реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

Направления реабилитации и абилитации	Наименование видов реабилитационных и абилитационных мероприятий	Код реабилитации онного или абилитационного мероприятия	Рекомендуемое количество мероприятий	Исполнитель	
				Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность
Социально-бытовая реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
Социально-средовая реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
Социально-педагогическая реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				

абилитация	Консультирование				
	Практические занятия				
Социально-психологическая реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
	Тренинги				
	Просвещение				
Социокультурная реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
	Досуговые мероприятия				
	Просвещение				
Профессиональная ориентация	Профориентационная диагностика				
	Профориентационное информирование				
	Профориентационное консультирование				
	Профориентационная коррекция				
	Профессиональный отбор				

	Профессиональный подбор				
Адаптивная физическая культура	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
Другие мероприятия (при осуществлении лицензируемых видов деятельности)		X			

32. Члены междисциплинарной реабилитационной команды:

Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность	Подпись

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

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Дата: "___" _____ 202_ г.
(число, месяц, год)

IV. Исполнение реабилитационных и абилитационных мероприятий в рамках курса комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида

33. Учет проведенных реабилитационных и абилитационных мероприятий в рамках индивидуального плана реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

N п/п	Дата	Направлен ие реабилита ции	Мероприя тие	Форма предоставления		Исполнитель	
				группов ая	индивидуал ьная	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность

34. Дневники специалистов междисциплинарной реабилитационной команды (заполняются после проведения каждого мероприятия) :

Специалист
междисциплинарной
реабилитационной
команды организации
(федерального
учреждения)

(должность)

(инициалы, фамилия)

Дата: " _ " _ 202_ г.
(число, месяц, год)

Специалист
междисциплинарной
реабилитационной
команды организации
(федерального
учреждения)

(должность)

(инициалы, фамилия)

Дата: " _ " _ 202_ г.
(число, месяц, год)

Специалист
междисциплинарной
реабилитационной
команды организации
(федерального
учреждения)

(должность)

(инициалы, фамилия)

Дата: " _ " _ 202_ г.
(число, месяц, год)

V. Заключение междисциплинарной реабилитационной команды
организации (федерального учреждения), оказывающей (оказывающего)
услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов,
при выписке ребенка-инвалида из такой организации
(федерального учреждения)

35. Индивидуальный план реабилитации и абилитации ребенка-инвалида
реализован:

35.1. ☐ полностью

35.2. ☐ частично

35.2.1. Состав невыполненных мероприятий и причины неполной реализации
индивидуального плана реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (указать):

36. Фактическое исполнение мероприятий по реабилитации и абилитации в
рамках курса комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

Направления реабилитации и абилитации	Мероприятие	Форма предоставления		Общее количество мероприятий
		групповая	индивидуал ьная	
Социально-бытовая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Социально-бытовая реабилитация и				0

абилитация":				
Социально-средовая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Социально-средовая реабилитация и абилитация":				
Социально-педагогическая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Социально-педагогическая реабилитация и абилитация":				
Социально-психологическая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
	Тренинги			
	Просвещение			
Итого мероприятий по направлению "Социально-психологическая реабилитация и абилитация":				
Социокультурная реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			

	Консультирование			
	Практические занятия			
	Досуговые мероприятия			
	Просвещение			
Итого мероприятий по направлению "Социокультурная реабилитация и абилитация":				
Профессиональная ориентация	Профориентационная диагностика			
	Профориентационное информирование			
	Профориентационное консультирование			
	Профориентационная коррекция			
	Профессиональный отбор			
	Профессиональный подбор			
Итого мероприятий по направлению "Профессиональная ориентация"				
Адаптивная физическая культура	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Адаптивная физическая культура"				

Общее количество мероприятий, проведенных в рамках стандарта оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:				
Другие мероприятия (при осуществлении лицензируемых видов деятельности)				

37. Результаты оценки ограничений жизнедеятельности ребенка-инвалида в соответствии с Методикой оценки эффективности услуг (контрольная диагностика) :

37.1. Ограничения категорий жизнедеятельности	Результаты контрольной диагностики (в баллах)
37.1.1. Способность к самообслуживанию (самообслуживание и бытовая жизнь)	
37.1.2. Способность к передвижению (мобильность)	
37.1.3. Способности к ориентации (ориентация)	
37.1.4. Способность к общению (общение)	
37.1.5. Способность к обучению (обучение и применение знаний)	
37.1.6. Способность к контролю за своим поведением (контроль за своим поведением)	
37.1.7. Способность к трудовой деятельности (проведение профориентации)	

38. Результаты оценки в организации (федеральном учреждении) эффективности проведенной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида по каждому из ограничений основных категорий жизнедеятельности в соответствии с Методикой оценки эффективности услуг:

Н п/п	Ограничения основных категорий жизнедеятельности	Эффективность реабилитации и абилитации ребенка-инвалида	Вывод об эффективности реабилитации и абилитации
-------	--	--	--

		(%)	ребенка-инвалида
38.1.	Способность к самообслуживанию (самообслуживание и бытовая жизнь)		
38.2.	Способность к передвижению (мобильность)		
38.3.	Способности к ориентации (ориентация)		
38.4.	Способность к общению (общение)		
38.5.	Способность к обучению (обучение и применение знаний)		
38.6.	Способность к контролю за своим поведением (контроль за своим поведением)		
38.7.	Способность к трудовой деятельности (профессиональная ориентация)		

39. 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

40. По результатам реабилитационных мероприятий уровень компетенции родителей (иных законных представителей ребенка-инвалида):

40.1. ☐ повысился полностью

40.2. ☐ повысился частично

40.3. ☐ не повысился

41. Члены междисциплинарной реабилитационной команды:

Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Должность	Подпись

Руководитель организации
(федерального учреждения)
или уполномоченное им должностное
лицо (руководитель междисциплинарной
реабилитационной команды _____
организации (федерального учреждения) (подпись) (инициалы, фамилия)

Дата: "___" _____ 202_ г.
(число, месяц, год)

МП

VI. Рекомендации междисциплинарной реабилитационной
команды организации (федерального учреждения), оказывающей
(оказывающего) услуги по комплексной реабилитации и абилитации
детей-инвалидов, по дальнейшей организации процесса
комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида

42. Рекомендовано:

Руководитель организации
(федерального учреждения)
или уполномоченное им должностное
лицо (руководитель междисциплинарной
реабилитационной команды _____
организации (федерального учреждения) (подпись) (инициалы, фамилия)

Дата: "___" _____ 202_ г.
(число, месяц, год)

МП

VII. Рекомендации междисциплинарной реабилитационной
команды организации (федерального учреждения), оказывающей
(оказывающего) услуги по комплексной реабилитации
и абилитации детей-инвалидов, для родителей (иных
законных представителей) ребенка-инвалида

43. Рекомендовано:

Руководитель организации
(федерального учреждения)

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

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата: "___" _____ 202__ г.
(число, месяц, год)

МП

Приложение N 14
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 6 февраля 2024 г. N 46н

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРИОБРЕТЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ В ПОЛЬЗУ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

1. Настоящий Порядок определяет правила формирования участниками пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее - пилотный проект) документов для организации и приобретения комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов в рамках реализации пилотного проекта в пилотных регионах, определенных в [пункте 2](#) постановления 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 - документы, пилотные регионы).

2. Формирование документов осуществляется следующими участниками пилотного проекта
<1>:

<1>[Пункт 8](#) 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.

Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации;

Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации и его
территориальными органами в пилотных регионах (далее - Фонд);

федеральным государственным бюджетным учреждением "Федеральное бюро

медико-социальной экспертизы" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее - Федеральное бюро);

главными бюро медико-социальной экспертизы пилотных регионов (далее - учреждения МСЭ);

организациями, предоставляющими услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в пилотных регионах, и федеральными учреждениями, предоставляющими услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственными Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, в которых реализуется электронный сертификат для оплаты услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее соответственно - организации, федеральные учреждения).

3. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации формирует заключение о соответствии организации, предоставляющей услуги по реабилитации и абилитации детям-инвалидам в пилотных регионах, или федерального учреждения, предоставляющего услуги по реабилитации и абилитации детей-инвалидов, подведомственного Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, критериям соответствия данных организации или федерального учреждения условиям для предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в пилотных регионах по форме, предусмотренной [приложением N 1](#) к настоящему приказу.

4. Фонд представляет сведения о приобретенной услуге по комплексной реабилитации и абилитации в пользу детей-инвалидов с использованием электронного сертификата в Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации ежемесячно в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, нарастающим итогом с момента старта пилотного проекта, а также нарастающим итогом за период реализации пилотного проекта в текущем году по форме, предусмотренной [приложением N 2](#) к настоящему приказу.

5. Федеральное бюро формирует консультативное заключение Федерального бюро медико-социальной экспертизы по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида по форме, предусмотренной [приложением N 3](#) к настоящему приказу.

6. Учреждения МСЭ формируют следующие документы:

согласие родителя (иного законного представителя) ребенка-инвалида на обработку персональных данных в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов по форме, предусмотренной [приложением N 4](#) к настоящему приказу;

направление медико-экспертных документов главным бюро медико-социальной экспертизы в Федеральное бюро медико-социальной экспертизы для получения консультативного заключения по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида по форме, предусмотренной [приложением N 5](#) к настоящему приказу;

сведения о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов по форме, предусмотренной [приложением N 6](#) к настоящему

приказу;

выписку из сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, для направления в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации по форме, предусмотренной [приложением N 7](#) к настоящему приказу;

выписку из сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации, для направления в исполнительный орган государственной власти пилотного региона в сфере социальной защиты по форме, предусмотренной [приложением N 8](#) к настоящему приказу;

выписку 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, по форме, предусмотренной [приложением N 9](#) к настоящему приказу;

выписку из сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации, для выдачи (направления) родителям (иным законным представителям) ребенка-инвалида по форме, предусмотренной [приложением N 10](#) к настоящему приказу.

7. Организации и федеральные учреждения формируют следующие документы:

информированное добровольное согласие на приобретение услуг по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида в организации или в федеральном учреждении с учетом возможности отказа от отдельных видов мероприятий комплексной реабилитации и абилитации в рамках реализации пилотного проекта по форме, предусмотренной [приложением N 11](#) к настоящему приказу;

журнал учета проведенных в организации или в федеральном учреждении мероприятий в рамках услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов по форме, предусмотренной [приложением N 12](#) к настоящему приказу;

реабилитационную (абилитационную) карту проведения комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида по форме, предусмотренной [приложением N 13](#) к настоящему приказу.

8. Участники пилотного проекта, указанные в [пункте 2](#) настоящего Порядка, в рамках осуществляемых полномочий при формировании документов, указанных в [пунктах 3 - 7](#) настоящего Порядка, обязаны:

определить должностных лиц, ответственных за осуществление контроля за правильностью формирования документов, указанных в [пунктах 3 - 7](#) настоящего Порядка;

обеспечивать своевременность, достоверность и полноту заполнения сведений, предусмотренных в документах, указанных в [пунктах 3 - 7](#) настоящего Порядка;

обеспечивать защиту конфиденциальных сведений от несанкционированного доступа в соответствии с требованиями Федерального [закона](#) от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", Федерального [закона](#) от 27 июля 2006 г. N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации";

обеспечивать целостность информации в электронном виде и ее защиту от искажений, а также обеспечивать подтверждение полномочий лиц, имеющих право подписывать документы усиленной квалифицированной электронной подписью.

9. Документы, указанные в [пунктах 3 - 7](#) настоящего Порядка, в электронном виде формируются:

Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, Фондом, Федеральным бюро, федеральными учреждениями МСЭ - в федеральной государственной информационной системе "Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере", функционирование которой регулируется [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2023 г. N 2386 "О государственной информационной системе "Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере";

организациями и федеральными учреждениями - в информационных системах, используемых организациями и федеральными учреждениями, при их наличии.

10. При отсутствии технической возможности формирования документов в электронном виде организации и федеральные учреждения формируют документы на бумажном носителе.
