

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

№ 2072.54.77/2022

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): Инвалидов Инвалид Инвалидович

2. Дата рождения: день 29 месяц 05 год 2017

3. Возраст: 5

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 подчеркнуть):

6.1. государство: Российская Федерация

6.2. индекс: 123456

6.3. субъект Российской Федерации: Регион Название0

6.4. район: Район Название2

6.5. населенный пункт: Город Название3

6.6. улица: Улица Название6

6.7. дом/корпус/строение: Дом0 / Корпус0 / Строение0

6.8. квартира: Квартира0

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: **000-000-000 00**

10. Документ, удостоверяющий личность ребенка-инвалида (указать наименование документа):

наименование Паспорт гражданина РФ серия Серия0 № Номер0

кем выдан КемВыдан0 КодПодразделения0

когда выдан 04.05.2006

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

**Представителей Представитель Представителей**

---

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

наименование Паспорт гражданина РФ серия Серия1 № Номер1

кем выдан КемВыдан1 КодПодразделения1

когда выдан 24.05.2006

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

наименование Паспорт гражданина РФ серия № 1224

кем выдан Директором департамента

когда выдан 24.05.2020

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

**111-111-111 11**

---

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): ИнаяСтепеньРодства

15.8. ☐ не имеет родства

16. Контактная информация:

16.1. контактные телефоны: мобильный 9167654321 мобильный 9168654321

16.2. адрес электронной почты: ccc@ddd.ru

16.3. иное (указать): ИнойСпособКонтакта

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): ИнойПредпочтительныйСпособСвязи

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

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

18. Клинико-функциональный диагноз:

18.1. основное заболевание: **ОсновноеЗаболеваниеНаименование**

18.2. код по МКБ-10 **ОсновноеЗаболеваниеКод**

18.3. осложнения основного заболевания:

**ОсложнениеОсновногоЗаболеванияНаименование1**

**ОсложнениеОсновногоЗаболеванияНаименование2**

18.4. коды по МКБ-10

**ОсложнениеОсновногоЗаболеванияКод1**

**ОсложнениеОсновногоЗаболеванияКод2**

18.5. сопутствующие заболевания:

**СопутствующееЗаболеваниеНаименование1**

**СопутствующееЗаболеваниеНаименование2**

18.6. коды по МКБ-10

**СопутствующееЗаболеваниеКод1**

**СопутствующееЗаболеваниеКод2**

18.7. осложнения сопутствующих заболеваний:

**ОсложнениеСопутствующихЗаболеванийНаименование1**

**ОсложнениеСопутствующихЗаболеванийНаименование2**

18.8. коды по МКБ-10

**ОсложнениеСопутствующихЗаболеванийКод1**

**ОсложнениеСопутствующихЗаболеванийКод2**

19. Инвалидность:

19.1. категория "ребенок-инвалид" установлена на срок до: **"16" апреля 2011 г.**

19.1.1. дата установления категории "ребенок-инвалид":

день **29** месяц **07** год **2000**

19.2. акт медико-социальной экспертизы № **НомерАМСЭ**

19.3. протокол проведения медико-социальной экспертизы № **НомерППМСЭ** от **17.03.2006**

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

20.1. ИПРА ребенка-инвалида разработана на срок до: **02.05.2005**

20.2. номер ИПРА ребенка-инвалида: № **НомерИПРА**

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. нарушения психических функций	21.1.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения % <input type="text" value="30"/>	21.1.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения % <input type="text"/>	21.1.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения % <input type="text"/>	21.1.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения % <input type="text"/>
	21.2.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения % <input type="text"/>	21.2.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения % <input type="text"/>	21.2.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения % <input type="text"/>	21.2.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения % <input type="text"/>

21.3. нарушения сенсорных функций	21.3.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения % 10	21.3.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения %	21.3.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения %	21.3.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения %
21.4. нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций	21.4.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения %	21.4.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения %	21.4.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения %	21.4.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения %
21.5. нарушения функций сердечно-сосудистой системы	21.5.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения %	21.5.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения % 60	21.5.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения %	21.5.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения %
21.6. нарушения функций дыхательной системы	21.6.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения %	21.6.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения % 40	21.6.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения %	21.6.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения %
21.7. нарушения функций пищеварительной системы	21.7.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения %	21.7.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения %	21.7.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения %	21.7.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения %
21.8. нарушения функций эндокринной системы и метаболизма	21.8.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения %	21.8.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения %	21.8.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения %	21.8.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения %
21.9. нарушения функций системы крови и иммунной системы	21.9.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения %	21.9.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения %	21.9.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения % 70	21.9.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения %
21.10. нарушения мочевыделительной функции	21.10.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения %	21.10.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения %	21.10.3 <input checked="" type="checkbox"/> выраженные нарушения %	21.10.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения %
21.11. нарушения функции кожи и связанных с ней систем	21.11.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения %	21.11.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения %	21.11.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения %	21.11.4 <input checked="" type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения %
21.12. нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	21.12.1 <input type="checkbox"/> незначительные нарушения %	21.12.2 <input type="checkbox"/> умеренные нарушения %	21.12.3 <input type="checkbox"/> выраженные нарушения %	21.12.4 <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения % 100

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 <div>56%</div>	22.1.1. установлена в соответствии с пунктом количественной оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами в процентах: <u>Значение12</u>	
22.1.2. наличие факта влияния всех других имеющихся стойких нарушений функций организма человека на максимально выраженное нарушение функции организма человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами	22.1.2.1. <input type="checkbox"/> есть	22.1.2.2. <input checked="" type="checkbox"/> нет

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

23.1. способность к самообслуживанию (степень)			23.2. способность к передвижению (степень)			23.3. способность к ориентации (степень)			23.4. способность к общению (степень)			23.5. способность к контролю за своим поведением (степень)			23.6. способность к обучению (степень)			23.7. способность к трудовой деятельности (степень)		
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
									V							V				

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 мероприятий по социальной реабилитации или абилитации	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		
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается	с 22.01.2008 бессрочно	
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-психологическая реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		
Социокультурная реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-бытовая адаптация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		
Профессиональная ориентация		
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается	с 04.05.2006 по 04.05.2006	Наименование Профессиональная ориентация
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

<input checked="" type="checkbox"/> Информирование и консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта	с 22.01.2008 бессрочно	Наименование 5.15
---	------------------------	-------------------

25. Установлена основная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с приказом Минтруда России от 25.05.2009 № НомерПриказа :

25.1. код целевой реабилитационной группы: ОсновнаяГруппаКод

25.2. наименование целевой реабилитационной группы: ОсновнаяГруппаЗначение

25.3. код целевой реабилитационной подгруппы: ОсновнаяПодгруппаКод

25.4. наименование целевой реабилитационной подгруппы: ОсновнаяПодгруппаЗначение

26. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с приказом Минтруда России от 26.06.2010 № НомерПриказа2 :

26.1. код целевой реабилитационной группы: Дополнительная1ГруппаКод

26.2. наименование целевой реабилитационной группы: Дополнительная1ГруппаЗначение

26.3. код целевой реабилитационной подгруппы: Дополнительная1ПодгруппаКод

26.4. наименование целевой реабилитационной подгруппы: Дополнительная1ПодгруппаЗначение

27. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с приказом Минтруда России от \_№\_ :

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 ☒ Способность к самообслуживанию

28.1.2 ☒ Способность к передвижению

28.1.3 ☐ Способность к ориентации

28.1.4 ☐ Способность к общению

28.1.5 ☐ Способность к обучению

28.1.6 ☐ Способность к трудовой деятельности

28.1.7 ☐ Способность к контролю за своим поведением

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: **ЗаболеваниеКод8** 30.2.1.8.2 диагноз: **ЗаболеваниеЗначение8**

30.2.1.9 ☐ злокачественные новообразования, требующие противоопухолевого лечения, в том числе проведения химиотерапии

30.2.1.9.1 код по МКБ-10: 30.2.1.9.2 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: № НомерНаправления

31.2.2. номер консультативного заключения Федерального бюро медико-социальной экспертизы по вопросам комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида: № НомерЗаключения

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 детей-инвалидов в субъекте Российской Федерации (указать рекомендуемую организацию (организации) в субъекте Российской Федерации с учетом ее профиля):

**РегиональнаяОрганизацияЗначение1**

**РегиональнаяОрганизацияЗначение2**

34. Направить ребенка-инвалида для получения услуг по комплексной реабилитации и абилитации в федеральное учреждение, 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 бюро медико-социальной экспертизы и Федерального научного центра реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта:

34.1 ☒ в ФГБУ "Федеральное бюро медико-социальной экспертизы" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

34.2 ☐ в ФГБУ "Федеральный научный центр реабилитации инвалидов 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 федеральное учреждение: 14.08.2012

35. Иное (указать):

### **Что-то Иное**

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

37.1. ☒ получено 37.2. ☐ не получено

38. Выписка из формы сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации, сформирована и направлена в Фонд социального страхования Российской Федерации и высший исполнительный орган государственной власти пилотного региона в сфере социальной защиты:

38.1. ☒ да 38.2. ☐ нет

39. Выписка из формы сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации, сформирована и направлена в организацию или федеральное учреждение, подведомственное Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, оказывающие услуги по комплексной реабилитации и абилитации:

39.1. ☐ да 39.2. ☒ нет

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

40.1. ☒ да 40.2. ☐ нет

Руководитель бюро (главного бюро)  
медико-социальной экспертизы :

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

МП

Документ подписан  
усиленной квалифицированной электронной  
подписью.

Организация: string

Сертификат: string

Кому выдан: string string string

Издатель: string

Действителен: с 27.02.2017 по 17.05.2006