**для направления в Фонд социального страхования Российской Федерации и высший исполнительный орган государственной власти пилотного региона в сфере социальной защиты**

**ФКУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» Минтруда России**

**Бюро № {{p\_0\_2}} - филиал ФКУ "ГБ МСЭ по Свердловской области" Минтруда России**

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

**Выписка из формы сведений о ребенке-инвалиде, нуждающемся в оказании услуг по комплексной реабилитации и абилитации**

**№ {{p\_0\_1}}.{{p\_0\_2}}.66/2022**

1. **Общая часть**
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): {{p\_1\_1}} {{p\_1\_2}} {{p\_1\_3}}
3. Дата рождения: {{p\_2\_0}}
4. Возраст: {{p\_3\_0}}­
5. Пол (отметить Х): 4.1. {{p\_4\_1 }} мужской 4.2. {{p\_4\_2 }} женский
6. Гражданство (отметить Х):
   1. гражданин Российской Федерации - {{p\_5\_1}}
   2. гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации - {{p\_5\_2}}
   3. лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации - {{p\_5\_3}}
7. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (нужное отметить):
   1. государство: {{p\_6\_1}}
   2. индекс: {{p\_6\_2}}
   3. субъект Российской Федерации: {{p\_6\_3}}
   4. район: {{p\_6\_4}}
   5. населенный пункт: {{p\_6\_5}}
   6. улица: {{p\_6\_6}}
   7. дом/корпус/строение: {{p\_6\_7\_1}} / {{p\_6\_7\_2}}/ {{p\_6\_7\_3}}
   8. квартира: {{p\_6\_8}}
8. Место постоянной регистрации:
   1. государство: {{p\_7\_1}}
   2. индекс: {{p\_7\_2}}
   3. субъект Российской Федерации: {{p\_7\_3}}
   4. район: {{p\_7\_4}}
   5. населенный пункт: {{p\_7\_5}}
   6. улица: {{p\_7\_6}}
   7. дом/корпус/строение: {{p\_7\_7\_1}} / {{p\_7\_7\_2}}/ {{p\_7\_7\_3}}
   8. квартира: {{p\_7\_8}}
9. Лицо без постоянной регистрации
10. Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка-инвалида: {{p\_9\_0}}
11. Документ, удостоверяющий личность ребенка-инвалида (указать наименование документа):

{{p\_10\_1}} серия {{p\_10\_2}} № {{p\_10\_3}} кем выдан {{p\_10\_4}}

когда выдан {{p\_10\_5}}

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя ребенка-  
   инвалида: {{p\_11\_0}}
2. Документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка-инвалида (указать наименование документа):

{{p\_12\_1}} серия {{p\_12\_2}} № {{p\_12\_3}} кем выдан {{p\_12\_4}}

когда выдан {{p\_12\_5}}

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

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

1. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя ребенка-инвалида: {{p\_14\_0}}
2. Степень родства законного представителя ребенка-инвалида:
   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

1. Контактная информация:

16.1 контактные телефоны: {{p\_16\_1\_1}}, {{p\_16\_1\_2}}

16.2. адрес электронной почты: {{p\_16\_2}}

16.3. иное (указать): {{p\_16\_3}}

16.4. предпочтительный способ связи (отметить Х):

16.4.1. по телефону - {{p\_16\_4\_1}} 16.4.2. по электронной почте - 16.4.3. заказным письмом -

16.4.4. иным способом (указать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Номер национального платежного инструмента (карты МИР) родителя (законного представителя) ребенка-инвалида:
2. **Заключение бюро (главного бюро) медико-социальной экспертизы**
3. Инвалидность:
   1. категория «ребенок-инвалид» установлена на срок до:{{p\_18\_1}}
   2. акт медико-социальной экспертизы №{{p\_18\_2}}
   3. протокол проведения медико-социальной экспертизы № {{p\_18\_3}}
4. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА) ребенка-инвалида:
   1. ИПРА ребенка-инвалида разработана на срок до:{{p\_19\_1}}
   2. номер ИПРА ребенка-инвалида: № {{p\_19\_2}}
5. Установлены основная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с приказом Минтруда России от 28 марта 2022 г. №176:
   1. код целевой реабилитационной группы: {{p\_20\_1}}
   2. наименование целевой реабилитационной группы: {{p\_20\_2}}
   3. код целевой реабилитационной подгруппы: {{p\_20\_3}}
   4. наименование целевой реабилитационной подгруппы: {{p\_20\_4}}
6. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с приказом Минтруда России от 28 марта 2022 г. №176:
   1. код целевой реабилитационной группы:
   2. наименование целевой реабилитационной группы:
   3. код целевой реабилитационной подгруппы:
   4. наименование целевой реабилитационной подгруппы:
7. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с приказом Минтруда России от 28 марта 2022 г. №176:
   1. код целевой реабилитационной группы:
   2. наименование целевой реабилитационной группы:
   3. код целевой реабилитационной подгруппы:
   4. наименование целевой реабилитационной подгруппы:
8. Цель оказания ребенку-инвалиду услуги по комплексной реабилитации и абилитации:
   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 Х):
      1. ограничение способности к самообслуживанию - {{p\_28\_1\_1}}
      2. ограничение способности к передвижению - {{p\_28\_1\_2}}
      3. ограничение способности к общению - {{p\_28\_1\_3}}
      4. ограничение способности к ориентации - {{p\_28\_1\_4}}

28.1.5. ограничение способности к обучению - {{p\_28\_1\_5}}

28.1.6. ограничение способности к контролю за своим поведением - {{p\_28\_1\_6}}

28.1.7. ограничение способности к трудовой деятельности - {{p\_28\_1\_7}}

1. определенымедицинские показания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (да, нет) - да
2. отсутствуют медицинские противопоказания к оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (да, нет) -да
3. определена нуждаемость в оказании услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (да, нет) -да
4. **Рекомендации бюро (главного бюро) медико-социальной экспертизы**
5. 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):

{{p\_27\_0}}

1. 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 (отметить Х):

28.1 в ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации -

28.2 в ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов 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 федеральное учреждение: \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

1. Иное (указать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Получено согласие родителя (законного представителя) ребенка-инвалида на участие в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (да, нет):
3. Получено согласие родителя (законного представителя) ребенка-инвалида на обработку персональных данных в рамках проведения пилотного проекта(да, нет):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель бюро (главного бюро)  медико-социальной экспертизы  (должностное лицо, уполномоченное руководителем главного бюро) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (инициалы, фамилия) |