



**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](http://www.consultant.ru)

Дата сохранения: 04.07.2025

**Источник публикации**

Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 31.05.2024

**Примечание к документу**

Начало действия документа - [11.06.2024](#).

Срок действия документа **ограничен** 31 декабря 2026 года.

**Название документа**

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)

---

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, утвержденных 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. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	21.1.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	21.1.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	21.1.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>
21.2. Нарушение языковых и речевых функций	21.2.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	21.2.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	21.2.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	21.2.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>
21.3. Нарушение сенсорных функций	21.3.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	21.3.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	21.3.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	21.3.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>
21.4. Нарушение 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

	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
21.5. Нарушение функций сердечно-сосудистой системы	21.5.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="text" value=""/>	21.5.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="text" value=""/>	21.5.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="text" value=""/>	21.5.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="text" value=""/>
21.6. Нарушение функций дыхательной системы	21.6.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="text" value=""/>	21.6.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="text" value=""/>	21.6.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="text" value=""/>	21.6.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="text" value=""/>
21.7. Нарушение функций пищеварительной системы	21.7.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="text" value=""/>	21.7.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="text" value=""/>	21.7.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="text" value=""/>	21.7.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="text" value=""/>
21.8. Нарушение функций эндокринной системы и метаболизма	21.8.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="text" value=""/>	21.8.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="text" value=""/>	21.8.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="text" value=""/>	21.8.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="text" value=""/>

	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %
21.9. Нарушение функций системы крови и иммунной системы	21.9.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.9.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.9.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.9.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="checkbox"/> %
21.10. Нарушение функций мочевыделительной системы	21.10.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.10.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.10.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.10.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="checkbox"/> %
21.11. Нарушение функций кожи и связанных с ней систем	21.11.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.11.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.11.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.11.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="checkbox"/> %
21.12. Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	21.12.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.12.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.12.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="checkbox"/> %	21.12.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="checkbox"/> %

	<input data-bbox="882 185 1010 236" style="width: 80%;" type="text" value="%"/>	<input data-bbox="1211 185 1339 236" style="width: 80%;" type="text" value="%"/>	<input data-bbox="1541 185 1668 236" style="width: 80%;" type="text" value="%"/>	<input data-bbox="1870 185 1998 236" style="width: 80%;" type="text" value="%"/>
--	---	--	--	--

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 style="text-align: right;"><input data-bbox="660 619 788 670" style="width: 50px;" type="text" value="%"/></div>	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 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 type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>																				

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
<b>Социально-средовая реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Социально-психологическая реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Социокультурная реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Социально-бытовая адаптация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Профессиональная ориентация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		

<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>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</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> 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 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:

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 36.2.  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 (число, месяц, год): \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

28. Иные рекомендации (указать):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29.  Получено согласие родителя (иного законного представителя)

ребенка-инвалида на участие в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов

30.  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))

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

М.П.

Приложение N 9  
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 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. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text"/> %	18.1.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text"/> %	18.1.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text"/> %	18.1.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text"/> %
18.2. Нарушение языковых и речевых функций	18.2.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text"/> %	18.2.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text"/> %	18.2.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text"/> %	18.2.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text"/> %
18.3. Нарушение сенсорных функций	18.3.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text"/> %	18.3.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text"/> %	18.3.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text"/> %	18.3.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text"/> %
18.4. Нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций	18.4.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения	18.4.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения	18.4.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения	18.4.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения

	%	%	%	%
18.5. Нарушение функций сердечно-сосудистой системы	18.5.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.5.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.5.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.5.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>
18.6. Нарушение функций дыхательной системы	18.6.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.6.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.6.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.6.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>
18.7. Нарушение функций пищеварительной системы	18.7.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.7.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.7.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.7.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>
18.8. Нарушение функций эндокринной системы и метаболизма	18.8.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.8.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.8.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.8.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>

	%	%	%	%
18.9. Нарушение функций системы крови и иммунной системы	18.9.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.9.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.9.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.9.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>
18.10. Нарушение функций мочевыделительной системы	18.10.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.10.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.10.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.10.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>
18.11. Нарушение функций кожи и связанных с ней систем	18.11.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.11.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.11.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.11.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>
18.12. Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	18.12.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.12.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.12.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>	18.12.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <input type="text" value=""/>

	%	%	%	%
--	---	---	---	---

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)					
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<b>Социально-средовая реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Социально-психологическая реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Социокультурная реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Социально-бытовая адаптация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Профессиональная ориентация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		

<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>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</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> 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





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



---

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 приобретение услуги		Период прохождения курса оказания услуги		Отметка о завершении прохождения курса оказания услуги в течение первых 3 календарных дней (код - 1)	Реквизиты реабилитационной (абилитационной) карты		Наименование основной целевой реабилитационной группы (код)
			номер	дата	дата начала	дата окончания		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			Наименование направления реабилитации и абилитации (код)	Наименование вида услуги в соответствии со стандартом предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (код)	Количество проведенных услуг (ед.)	Дата предоставления услуги	Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность специалиста, предоставившего услугу
	полустационарная - 1	Стационарная, включая проживание и питание детей-инвалидов, без проживания и питания сопровождающих лиц - 2	Стационарная, включая проживание и питание детей-инвалидов и сопровождающих 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 почте 15.4.3.  заказным 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. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	18.1.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	18.1.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	18.1.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>
18.2. Нарушение языковых и речевых функций	18.2.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	18.2.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	18.2.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	18.2.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>
18.3. Нарушение сенсорных функций	18.3.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	18.3.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	18.3.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>	18.3.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> %                     </div>
18.4. Нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций	18.4.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения	18.4.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения	18.4.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения	18.4.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения

	%	%	%	%
18.5. Нарушение функций сердечно-сосудистой системы	18.5.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.5.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.5.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.5.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>
18.6. Нарушение функций дыхательной системы	18.6.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.6.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.6.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.6.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>
18.7. Нарушение функций пищеварительной системы	18.7.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.7.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.7.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.7.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>
18.8. Нарушение функций эндокринной системы и метаболизма	18.8.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.8.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.8.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>	18.8.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения  <div style="text-align: right;">%</div>

	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
18.9. Нарушение функций системы крови и иммунной системы	18.9.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="text"/> %	18.9.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="text"/> %	18.9.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="text"/> %	18.9.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="text"/> %
18.10. Нарушение функций мочевыделительной системы	18.10.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="text"/> %	18.10.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="text"/> %	18.10.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="text"/> %	18.10.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="text"/> %
18.11. Нарушение функций кожи и связанных с ней систем	18.11.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения <input type="text"/> %	18.11.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения <input type="text"/> %	18.11.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения <input type="text"/> %	18.11.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения <input type="text"/> %
18.12. Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	18.12.1. <input type="checkbox"/> незначительные нарушения	18.12.2. <input type="checkbox"/> умеренные нарушения	18.12.3. <input type="checkbox"/> выраженные нарушения	18.12.4. <input type="checkbox"/> значительно выраженные нарушения

	<input style="border: 1px solid black;" type="text" value="%"/>	<input style="border: 1px solid black;" type="text" value="%"/>	<input style="border: 1px solid black;" type="text" value="%"/>
--	---	---	---

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)					
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<b>Социально-средовая реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Социально-психологическая реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Социокультурная реабилитация или абилитация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Социально-бытовая адаптация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>Профессиональная ориентация</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		

<input type="checkbox"/> не нуждается		
<b>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</b>		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> 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 реабилитационного или абилитационного	Рекомендуемое количество мероприятий	Исполнитель	
				Фамилия, имя, отчество (при	Должность

		мероприятия		наличии)	
Социально-быто вая реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
Социально-средо вая реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
Социально-пе дагогическая реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
Социально-пси хологическая реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
	Тренинги				
	Просвещение				
Социокульту рная реабилитация и абилитация	Диагностика				
	Информирование				
	Консультирование				
	Практические занятия				
	Досуговые мероприятия				

	Просвещение				
Профессиональ ная ориентация	Профориентацион ная диагностика				
	Профориентацион ное информирование				
	Профориентацион ное консультирование				
	Профориентацион ная коррекция				
	Профессиональ ный отбор				
	Профессиональ ный 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	Дат а	Направле ние реабилита ции	Мероприя тие	Форма предоставления		Исполнитель	
				группо вая	индивиду альная	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	индивидуальная	
Социально-бытовая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			

	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Социально-бытовая реабилитация и 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	Профорориентацион ная диагностика			
	Профорориентацион ное информирование			
	Профорориентацион ное консультирование			
	Профорориентацион ная коррекция			
	Профессиональ ный отбор			
	Профессиональ ный 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 :

№ 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.

---