

Редакція:

07.12.2018



МІНІСТЕРСТВО СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

НАКАЗ

14.09.2018

м. Київ

N 1354

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
12 жовтня 2018 р. за N 1159/32611

Про затвердження форм документів з обліку та забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації

Відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року N 321 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 березня 2018 року N 238),

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити форми таких документів з обліку та забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації, що додаються:

- 1) заява про взяття на облік;
- 2) заява про заміну технічного та іншого засобу реабілітації після закінчення строку його експлуатації або про його дострокову заміну;
- 3) заява про дозвіл на отримання технічного засобу реабілітації уповноваженою особою;
- 4) журнал реєстрації заяв про взяття на облік;
- 5) направлення на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;

- 6) замовлення на виготовлення протезно-ортопедичного виробу;
- 7) замовлення на виготовлення ортопедичного взуття;
- 8) замовлення на протезування молочної залози;
- 9) заявка на забезпечення засобами для пересування;
- 10) заявка на забезпечення технічними засобами реабілітації;
- 11) картка забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;
- 12) картка протезування;
- 13) заява про забезпечення протезно-ортопедичним виробом, ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту;
- 14) акт про відсутність особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції за місцем проживання;
- 15) заява про повторне виготовлення технічного засобу реабілітації;
- 16) витяг з реєстру про видані особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, іншим особам технічні та інші засоби реабілітації.

2. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства соціальної політики України від 04 липня 2012 року N 400 "Про затвердження форм документів з обліку та забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації", зареєстрований у Міністерстві юстиції України 25 липня 2012 року за N 1253/21565 (зі змінами).

3. Департаменту реалізації державних соціальних програм (Вишневська М. В.) забезпечити в установленому законодавством порядку подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

4. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

5. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Попову Л. В.

Міністр

А. Рева

ПОГОДЖЕНО:

Перший заступник Голови
СПО об'єднань профспілок

О. О. Шубін

Голова ГО ВО СОІУ

В. В. Назаренко

Голова Всеукраїнської громадської
організації "Асоціація
інвалідів-спинальників України"

І. М. Марусевич

Керівник Секретаріату Спільного
представницького органу сторони
роботодавців на національному рівні

Р. Іллічов

Виконавчий директор Громадської
Спілки "Всеукраїнське Громадське
об'єднання "Національна Асамблея
людей з інвалідністю України"

Н. Скрипка

Виконавчий Віце-президент
Конфедерації роботодавців України

О. Мірошніченко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики
України

14 вересня 2018 року N 1354

(повне найменування органу соціального захисту
населення)

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

місце проживання (zareestrowane): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

ЗАЯВА*
про взяття на облік

Прошу забезпечити _____

(назва виробу)

згідно з висновком МСЕК (ЛКК) та на підставі індивідуальної програми реабілітації / рішення
ВЛК (необхідне підкреслити).

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами
реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і
виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації,
затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року N 321 (зі
змінами) (далі - Порядок):

забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, у тому числі шляхом виплати
компенсації, проводиться через органи соціального захисту населення без права їх продажу,
дарування та передання іншим особам протягом строку, на який видаються такі засоби;

технічні та інші засоби реабілітації, строк експлуатації яких закінчився, поверненню не
підлягають;

забезпечення протезами верхніх і нижніх кінцівок, ортезами шарнірними на нижні кінцівки та кріслами колісними проводиться згідно з договорами, укладеними між органом соціального захисту населення, підприємством і мною;

забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації (крім протезів верхніх і нижніх кінцівок, ортезів шарнірних нижніх кінцівок і крісел колісних), надання послуг із післягарантійного ремонту технічних та інших засобів реабілітації, надання реабілітаційних послуг проводиться згідно з договорами, укладеними між органом соціального захисту населення та підприємством.

Я ознайомлений(а) із:

переліком підприємств із зазначенням контактних даних, до яких можна звернутися з питань забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;

електронним каталогом технічних та інших засобів реабілітації, якими такі підприємства забезпечують;

механізмом забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації та отримання компенсації.

Відповідно до пункту 43 Порядку я бажаю отримати _____ крісло(а) колісне(і).

(одне, два)

Я поінформований(а) про те, що:

забезпечення технічними засобами реабілітації проводиться в установленому законодавством порядку;

можу отримати грошову компенсацію вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації (з переліком таких засобів мене ознайомлено);

технічні та інші засоби реабілітації призначаються відповідно до моїх функціональних можливостей та сумісності технічних та інших засобів реабілітації при їх призначенні;

можу відмовитися від технічного засобу реабілітації шляхом подання відповідної письмової заяви; у разі відсутності зазначеної заяви складається акт про відмову;

у разі відмови від технічного засобу реабілітації мене буде знято з обліку на строк експлуатації відповідного засобу, за винятком таких ситуацій, як:

зміна медичних показань, що підтверджується індивідуальною програмою, висновком МСЕК або ЛКК, рішенням ВЛК, у період між поданням заяви та фактичним виготовленням засобу реабілітації;

отримання мною неякісного технічного засобу реабілітації або такого, що не відповідає вимогам, зазначеним у заявці (у такому разі фахівець органу соціального захисту населення або сервісного центру складає акт про непридатність до експлуатації або неналежну якість відповідного засобу, а мені позачергово видається інший технічний засіб реабілітації за рахунок коштів підприємства);

у разі моєї відсутності за місцем проживання, зазначеним у заявці, спеціалісти органу соціального захисту населення та сервісного центру складають акт про мою відсутність за місцем проживання, копія якого надсилається мені рекомендованим листом із повідомленням. Якщо протягом 30 днів з дати надсилання акта органом соціального захисту населення я не отримав(ла) технічний засіб реабілітації та не подав(ла) з поважних причин

документ, що підтверджує мою відсутність за місцем проживання (перебування в закладах охорони здоров'я, реабілітаційному центрі тощо), технічний засіб реабілітації може бути виданий наступній за списком особі з інвалідністю, постраждалому внаслідок антитерористичної операції, дитині з інвалідністю, які перебувають на обліку та потребують такого засобу;

після подання мною до органу соціального захисту населення заяви про повторне виготовлення технічного засобу реабілітації та документа, що підтверджує мою відсутність з поважних причин за місцем проживання, такий засіб видається мені позачергово, а в разі відсутності зазначеного документа - в порядку черговості;

за бажанням можу отримати крісло колісне, яке не відповідає моїм функціональним можливостям, таке крісло видається на максимальний строк експлуатації;

подання мною документів, які містять свідомо неправдиві дані, є підставою для відмови мені у взятті на облік;

у разі відсутності потреби в засобі реабілітації я та члени моєї сім'ї зобов'язані повернути виданий мені безоплатно засіб реабілітації у повному комплекті, строк експлуатації якого не закінчився, органу соціального захисту населення або сервісному центру;

у разі безоплатного отримання мною технічного та іншого засобу реабілітації через орган соціального захисту населення за рахунок коштів місцевого бюджету, інших надходжень, зокрема благодійної або гуманітарної допомоги, мені не видається відповідний засіб за кошти державного бюджету, але я маю право на отримання послуг із післягарантійного ремонту технічних та інших засобів реабілітації, надання реабілітаційних послуг протягом строку експлуатації таких засобів. При цьому я вважаюсь забезпеченим(ою) відповідним засобом реабілітації на строк його експлуатації.

Я зобов'язуюсь повідомити орган соціального захисту населення про вибір підприємства (телефоном, письмово, електронною поштою тощо).

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, що будуть внесені до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

До заяви додаю документи, передбачені пунктом 15 Порядку.

Заяву та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за N ____.

Додатково для розгляду заяви необхідно до ____ 20__ р. подати такі документи:

/_____
(підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

------(лінія відрізу)-----

Заяву та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за N ____.

Додатково для розгляду заяви необхідно до ____ 20__ р. подати такі документи:

_____/_____. Ознайомився(лась) _____
(підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) (підпис заявника /
законного представника /уповноваженої
особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України
14 вересня 2018 року N 1354

(повне найменування органу соціального захисту
населення)

(прізвище, ім'я, по батькові)
місце проживання (зареєстроване): _____
місце проживання/перебування (фактичне): _____

ЗАЯВА
про заміну технічного та іншого засобу реабілітації після закінчення строку його
експлуатації або про його дострокову заміну

Прошу замінити _____
(найменування виробу)

у зв'язку із _____
(закінченням строку експлуатації виробу / недоцільністю проведення його ремонту /
викраденням / зміною антропометричних даних заявника / зміною медичних показань
заявника)

До заяви додаю документи, передбачені Порядком забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року N 321 (зі змінами).

Я ознайомлений(а) із:

переліком підприємств, до яких можна звернутися з питань забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації;

електронним каталогом технічних та інших засобів реабілітації, якими такі підприємства забезпечують;

механізмом забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації та отримання компенсації.

Якщо особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю, інша особа своєчасно не звернулася із заявою про заміну технічного та іншого засобу реабілітації, строк експлуатації якого закінчився, такий засіб за пропущений період не видається.

Заяву та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за N ____.

Додатково для розгляду заяви необхідно подати до ____ 20__ р. такі документи:

_____/_____. Ознайомився(лась) _____
(підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) (підпис заявника,
законного представника, уповноваженої особи)

----- (лінія відрізу) -----

Заяву та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за N ____.

Додатково для розгляду заяви необхідно подати до ____ 20__ р. такі документи:

_____/_____. Ознайомився(лась) _____
(підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) (підпис заявника,
законного представника, уповноваженої особи)

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики
України

14 вересня 2018 року N 1354

(повне найменування органу соціального захисту
населення,

підприємства, сервісного центру)

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

місце проживання (zareestrovane): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

ЗАЯВА*

про дозвіл на отримання технічного засобу реабілітації уповноваженою особою

Я, _____,

(П. І. Б.)

документ, що посвідчує особу (паспорт): серія (за наявності) _____ N _____,
виданий _____

(ким, дата)

місце проживання (zareestrovane): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

прошу видати виготовлений для мене технічний засіб реабілітації

(найменування виробу)

уповноваженій мною особі _____,

(П. І. Б. уповноваженої особи)

документ, що посвідчує особу (паспорт): серія (за наявності) _____ N _____,
виданий _____

(ким, дата)

місце проживання (zareestrovane): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

(дата)

(підпис, П. І. Б.)

Я, _____,

(П. І. Б. уповноваженої особи)

згоден(на) отримати технічний засіб реабілітації _____

(найменування виробу)

для передання його _____

(П. І. Б.)

(дата)

(П. І. Б. уповноваженої особи)

Технічний засіб реабілітації видано _____ 20__ р. на підставі акта N ____.

_____/_____ Отримав(ла) _____

(підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) (підпис
уповноваженої особи)

Описание: C:\Users\market9\AppData\Roaming\Liga70\Client\Session\RE32611_IMG_001.GIF-----

----- (лінія відрізу) -----

Технічний засіб реабілітації видано _____ 20__ р. на підставі акта N ____.

_____/_____ Отримав(ла) _____

(підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) (підпис
уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України
14 вересня 2018 року N 1354

ЖУРНАЛ*
реєстрації заяв про взяття на облік

В _____

(повне найменування органу соціального захисту населення)

N з/ п	Дата реєстрації	Прізвище, ім'я, по батькові	Місце проживання (zareestrovane) / місце проживання/ перебування (фактичне)	Номер та дата висновку МСЕК (ЛКК), рішення ВЛК	Група інвалідності	Найменування технічного та іншого засобу реабілітації, проведення післягарантійного ремонт	Дата вид направлен забезпеч технічним та засобо реабілітації номер	
							первинна	пс
1	2	3	4	5	6	7	8	

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики
України

14 вересня 2018 року N 1354

(повне найменування органу соціального захисту населення)

НАПРАВЛЕННЯ* N _____
на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації**

видано _____,

(П. І. Б.)

місце проживання (zareestrovane): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

документ, що посвідчує особу (паспорт) (для дітей до 14 років - свідоцтво про народження):

серія (за наявності) _____ N _____, виданий (видане) _____

(ким, дата)

для забезпечення _____

(найменування засобу реабілітації)

Строк дії направлення _____

Керівник

(підпис)

(прізвище та ініціали

керівника)

 Описание: C:\Users\market9\AppData\Roaming\Liga70\Client\Session\RE32611_IMG_001.GIF-----

(лінія відрізу)

Направлення*** від _____ N _____ на забезпечення _____

(найменування засобу реабілітації)

видане _____,

(П. І. Б. особи, що видала направлення)

отримане _____

(П. І. Б. одержувача направлення)

Строк дії направлення _____

Отримав(ла) _____

(підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи)

(підпис одержувача

направлення)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

** Направлення діє протягом строку, визначеного індивідуальною програмою реабілітації або висновком МСЕК, ЛКК, рішенням ВЛК.

*** Частина направлення після "лінії відрізу" залишається в особовій справі особи з інвалідністю чи іншої особи, яка має право на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації відповідно до законодавства.

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО

Затверджено

(посада, П. І. Б.)

(підпис)

ЗАМОВЛЕННЯ*
на виготовлення протезно-ортопедичного виробу N _____

Дата заповнення _____ До картки протезування N _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження / вік _____

3. Місце проживання (zareestrovane) _____

4. Місце проживання/перебування (фактичне) _____

5. Контактний телефон _____

6. Електронна адреса _____

7. Пільгова категорія _____



Описание:

C:\Users\market9\AppData\Roaming\Liga70\Client\Session\Re32611_IMG_002.gif

8. Причина інвалід

група інвалідності

9. Діагноз _____

10. Супутні захворювання ускладнення _____

11. Вага пацієнта _____

12. Зріст пацієнта _____

13. Ступінь функціональних можливостей особи з порушеннями функцій _____

14. Вимоги до функціональних властивостей виробу (для осіб з порушеннями функцій) _____

15. Призначення лікаря _____

16. Технологія _____

Лікар _____ (прізвище та ініціали) _____ (підпис)

Технік _____ (прізвище та ініціали) _____ (підпис)

Із призначенням ознайомлений(а) _____ (П. І. Б. замовника) _____ (підпис)

Найменування виробу _____

Особливості виготовлення _____

Дата передання виробу у виробництво _____

Строк примірки _____

Комплектувальні вироби та матеріали

Технолог

Найменування	Одиниця виміру	Кількість	Підпис, дата		Технологічні операції	Дата перед
1	2	3	4			
					1	2

Примірки

Дата виклику на примірку	Дата примірки	Результат примірки	Зауваження пацієнта	Заходи з усунення недоліків	Підпис
1	2	3	4	5	6

Дата виготовлення виробу _____

Дата запрошення для отримання виробу _____

Відмітка про медичний контроль _____

Відмітка про технічний контроль _____

Вартість виробу _____ грн _____ коп. (_____ (словами))

Оплата: договір N _____ від _____ 20__ року / витяг з реєстру N _____ від _____ 20__ року.

Примітки _____

Виріб отримав(ла), претензій не маю _____
(дата) (прізвище, ініціали одержувача) (підпис)

Зауваження, пропозиції, побажання пацієнта _____

Особа, відповідальна за видачу _____
(інша уповноважена особа) (прізвище, ініціали) (підпис)
(дата)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України
14 вересня 2018 року N 1354

Затверджено

_____ (посада, П. І. Б.)

_____ (підпис)

ЗАМОВЛЕННЯ*
на виготовлення ортопедичного взуття N _____

Дата _____

До картки протезу

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження _____

3. Працюючий(а) _____
(так/ні)

4. Місце проживання (zareestrovane) _____

5. Місце проживання/перебування (фактичне) _____

6. Контактний телефон _____

7. Електронна адреса _____

8. Пільгова категорія _____

9. Причина інвалідності _____, група інвалідності _____

10. Діагноз _____

11. Супутні захворювання, ускладнення _____

12. Контур сліду (додається)



Описание:

C:\Users\market9\AppData\Roaming\Liga70\Client\Session\Re32611_IMG_003.gif

N з/ п	Обмір стопи, мм
1	Довжина стопи
2	Обхват пучків
3	Висота підйому пальців
4	Обхват прямого підйому
5	Обхват косого підйому
6	Висота берців
7	Обхват гомілки над щиколотками на висоті (вказати висоту)
8	Обхват гомілки на висоті берців

9	Висота жорстких берців
10	Висота медіальної щиколотки
11	Висота латеральної щиколотки
12	Абсолютна різниця довжини ніг
13	Функціональна різниця довжини ніг

13. Призначення лікаря _____

14. Метод кріплення _____

Рант: до п'яткової частини взуття, круговий _____

Підкладка: вовняна, байкова, шкірпідкладка, з хутра штучного із натуральних волоко натурального _____

Матеріали верху: шкіра хромована, шевро _____

Матеріали низу: шкіра для низу взуття, мікрочарункова гума, формована підошва (ТЕП, ПУ) _____

Колір взуття: чорний, коричневий, беж, інший _____

Підбори: шкіряні, дерев'яні, мікрочарункові, формовані _____

Висота підбора _____ мм

Форма носкової частини взуття (вузька, середня, широка) _____

Лікар _____
(прізвище, ініціали) (підпис)

Технік _____
(прізвище, ініціали) (підпис)

15. Із призначенням ознайомлений(а) _____
(П. І. Б. замовника) (підпис)

16. Найменування виробу _____

17. Особливості виготовлення _____

18. Дата передання у виробництво _____

Строк примірки _____

19. Основні комплектувальні вироби та матеріали

Найменування	Одиниця виміру	Кількість	Підпис, дата
1	2	3	4

20. Технологічний процес

1	Технологічні операції		Дата передання		Підпис відповідальної особи	
	Права півпара		Ліва півпара		Права півпара	
	2		3		4	

21. Примірки

Дата виклику на примірку	Дата примірки	Результат примірки	Зауваження пацієнта	Заходи з усунення недоліків	Підпис
1	2	3	4	5	6

Дата виготовлення _____

Дата запрошення для отримання _____

Відмітка про медичний контроль _____

Відмітка про технічний контроль _____

Вартість виробу _____ грн _____ коп. (_____

(словами)

_____)

Оплата: договір N _____ від _____ 20__ року / витяг з реєстру N _____ від _____ 20__ року

Примітки _____

Виріб отримав(ла), претензій не маю _____
(П. І. Б. одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання пацієнта _____

Особа, відповідальна за видачу _____
(інша уповноважена особа) (прізвище, ініціали) (підпис)
(дата)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України
14 вересня 2018 року N 1354

Затверджено

_____ (посада, П. І. Б.)

_____ (підпис)

ЗАМОВЛЕННЯ*
на протезування молочної залози N _____

Дата _____

До картки протезування N _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження _____

3. Працююча _____

(так/ні)

4. Місце проживання (zareestrovane) _____

5. Місце проживання/перебування (faktichne) _____

6. Контактний телефон _____

7. Електронна адреса _____

8. Пільгова категорія _____

9. Причина інвалідності _____, група інвалідності _____

10. Тип ампутації/дефекту: однобічна, двобічна, порушення розвитку (необхідне підкреслити)

11. Об'ємні розміри _____

12. Супутні захворювання, ускладнення _____

Назва виробу	Розмір	Тип	Кількість	Ціна, грн
Післяопераційний протез молочної залози				
Протез молочної залози				
Ліф для кріплення протеза молочної залози				
Ліф для кріплення протеза молочної залози				
Ліф для кріплення протеза молочної залози				
Ліф для кріплення післяопераційного протеза молочної залози				
Спеціальний ліф для кріплення протеза молочної залози для занять фізичною культурою і плаванням (купальник)				
Компресійний рукав при лімфодемі				

Вартість виробу _____

(словами)

Лікар _____

(прізвище та ініціали)

_____ (підпис)

Оплата: договір N _____ від _____ 20__ року / витяг з реєстру N _____ від _____ 20__ року.

Примітки _____

Виріб отримала, претензій не маю: _____
(П. І. Б. одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання пацієнтки _____

Особа, відповідальна за видачу _____
(інша уповноважена особа) (прізвище та ініціали) (підпис)
(дата)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України
14 вересня 2018 року N 1354

ЗАЯВКА*
на забезпечення засобами для пересування N _____

Дата _____ До картки особи N _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження _____

3. Працюючий(а) _____
(так/ні)

4. Місце проживання (zareestrovane) _____

5. Місце проживання/перебування (фактичне) _____
6. Контактний телефон _____
7. Електронна адреса _____
8. Пільгова категорія _____
9. Причина інвалідності _____, група інвалідності _____
10. Вага, кг _____, ширина сидіння, см _____
11. Зріст, см _____
12. Найменування виду крісла колісного _____

(призначеного відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції / без відповідності функціональним можливостям на максимальний строк експлуатації, необхідне підкреслити)

Працівник органу соціального захисту населення, відповідальний за оформлення заявки

(прізвище та ініціали)

(підпис)

Особа з інвалідністю / постраждалий внаслідок антитерористичної операції / законний представник / уповноважена особа (із призначенням згоден(на))

(прізвище та ініціали)

(підпис)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики
України

14 вересня 2018 року N 1354

ЗАЯВКА*
на забезпечення технічними засобами реабілітації N _____

(допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням, спеціальними засобами для орієнтування, спілкування та обміну інформацією)

Дата _____

до картки особи N _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Дата народження _____
3. Працюючий(а) _____
(так/ні)
4. Місце проживання (зареєстроване) _____
5. Місце проживання/перебування (фактичне) _____
6. Контактний телефон _____
7. Електронна адреса _____
8. Пільгова категорія _____
9. Причина інвалідності _____, група інвалідності _____
10. Вага користувача, кг _____, зріст користувача, см _____
11. Найменування технічного засобу реабілітації _____

(призначеного відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції)

Працівник органу соціального захисту населення, відповідальний за оформлення заявки

(прізвище та ініціали)

(підпис)

Особа з інвалідністю / постраждалий внаслідок антитерористичної операції / законний представник (із призначенням згоден(на)):

(прізвище та ініціали)

(підпис)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України
14 вересня 2018 року N 1354

КАРТКА*
забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації

(П. І. Б.)

Категорія особи _____

Причина інвалідності _____, група інвалідності _____

Документ, що посвідчує особу (паспорт) (для дітей до 14 років - свідоцтво про народження):

серії (за наявності) _____ N _____, виданий (видане) _____

(ким, дата)

Місце проживання (zareestrovane) _____

Місце проживання/перебування (фактичне) _____

Забезпечення / виплата грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації

Найменування засобу реабілітації	Кількість, одиниць (для взуття - півпар)	Дата видачі / виплати грошової компенсації	Найменування підприємства або установи, що видала виріб	Строк гарантійного обслуговування	Строк чергового забезпечення засобом реабілітації	Підпис особи відповідальної за заповнення картки	Пр
1	2	3	4	5	6	7	

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України
14 вересня 2018 року N 1354

КАРТКА ПРОТЕЗУВАННЯ* N _____

Дата заповнення _____

Номер картки в ЦБІ _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Дата народження / вік _____

3. Стать _____

4. Місце проживання (zareєстроване) _____

5. Місце проживання/перебування (фактичне) _____

6. Контактний телефон _____

7. Електронна адреса _____

8. Пільгова категорія _____

9. Причина інвалідності _____

10. Група інвалідності _____

11. Відомості про сім'ю _____

12. Інформація про житлові умови (загальна характеристика безперешкодності пересування, поверховість будинку, наявність ліфта) _____

13. Діагноз _____

14. Супутні захворювання _____

15. Анамнез (відомості про характер травми чи захворювання, що призвели до ампутації, патології, проведене лікування, місце та дату отримання первинної протезно-ортопедичної допомоги тощо - стислі, із зазначенням дат)

16. Загальний клінічний стан (об'єктивні дані щодо загального стану пацієнта, у тому числі опорно-рухового апарату) _____

17. Характеристика кукси (об'єктивні дані щодо патологічного сегмента на час первинного звернення) _____

18. Висновок лікаря щодо надання протезно-ортопедичної допомоги, видів протезно-ортопедичних виробів, лікування, наявності протипоказань, інше

Лікар

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(дата)

Особа, відповідальна за видачу

(інша уповноважена особа)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(дата)

19. Дані про виготовлення, ремонт протезно-ортопедичних виробів і забезпечення ними

Дата, номер замовлення	Найменування виробу	Примірка, видача або ремонт виробу	Відмітка про видачу інструкції з експлуатації	Кількість виробів, одиниць (для взуття - півпар)	Підпис особи з інвалідністю, іншої особи або законного представника
1	2	3	4	5	6

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики
України

14 вересня 2018 року N 1354

(повне найменування підприємства-виробника)

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

місце проживання (зареєстроване) _____

місце проживання/перебування (фактичне)

ЗАЯВА*

про забезпечення протезно-ортопедичним виробом, ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту

Прошу забезпечити _____
(найменування виробу)

згідно з висновком МСЕК (ЛКК) та на підставі індивідуальної програми реабілітації, рішення ВЛК (потрібне підкреслити).

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року N 321 (зі змінами):

я маю право вибрати підприємство, на якому буде виготовлено необхідний мені індивідуальний засіб реабілітації;

забезпечення протезами верхніх та нижніх кінцівок, ортезами шарнірними на нижні кінцівки проводиться згідно з договором, укладеним між органом соціального захисту населення, підприємством і мною;

забезпечення ортезами на хребет, ортезами шарнірними/безшарнірними на верхні кінцівки, ортезами безшарнірними на нижні кінцівки, протезами молочної залози, ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту, надання послуг з післягарантійного ремонту, проводиться згідно з договорами, укладеними між органом соціального захисту населення і підприємством;

підприємство незалежно від мого місця проживання за моїм зверненням на підставі оригіналу направлення може не раніше ніж за два місяці до закінчення строку експлуатації попередньо виданого засобу сформувати замовлення на виготовлення нового індивідуального засобу реабілітації;

замовлення на виготовлення необхідного мені індивідуального засобу реабілітації передається на виробництво після обов'язкового уточнення моїх антропометричних даних, яке проводиться не пізніше ніж за 30 днів до такої передачі;

моє замовлення у разі потреби оформлюється за місцем мого проживання/перебування спеціалістами підприємства за графіком, погодженим із органом соціального захисту населення;

ступінь моїх функціональних можливостей впливає на функціональність протезно-ортопедичного виробу, яким мене буде забезпечено;

якщо відповідно до моїх функціональних можливостей відсутні підстави для отримання протезів, що передбачені для осіб, яким визначено вищий ступінь функціональних можливостей, за бажанням мені може бути видано такий виріб за умови збільшення строку його експлуатації на 18 місяців, а в разі численних (двох і більше) уражень верхніх та/або нижніх кінцівок - на один рік;

я можу отримати готовий індивідуальний засіб реабілітації після примірки, отримавши до нього інструкцію з експлуатації і талон на гарантійний ремонт;

за письмовим зверненням (моїм чи мого законного представника) підприємство може надіслати готове ортопедичне взуття, obturatori, ортези із текстильних матеріалів поштою; я, мій законний представник чи уповноважена особа повинні забрати індивідуальний засіб реабілітації протягом чотирьох місяців з дня його виготовлення.

Заяву та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за N ____.

Додатково для розгляду заяви необхідно подати до ____ 20__ р. такі документи:

_____/_____. Ознайомився(лась) _____
(підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) (підпис заявника,
законного представника, уповноваженої
особи)

------(лінія відрізу)-----

Заяву та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за N ____.

Додатково для розгляду заяви необхідно подати до ____ 20__р. такі документи:

_____/_____. Ознайомився(лась) _____
(підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) (підпис заявника,
законного представника, уповноваженої
особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України
14 вересня 2018 року N 1354

АКТ

**про відсутність особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок
антитерористичної операції за місцем проживання**

(назва населеного пункту)

(дата)

Ми, що нижче підписалися, _____

(посади, прізвища та ініціали фахівців органу соціального захисту населення та сервісного центру)

склали цей Акт про те, що _____

(П. І. Б. особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок
антитерористичної операції)

був(ла) відсутнім(ьою) за місцем проживання/перебування, зазначеним у заявці на
забезпечення технічним засобом реабілітації

(_____

_____) ,

(область, район, місто/село/селище, вулиця, будинок, корпус, квартира)

під час доставки _____

(найменування виробу)

_____.

(найменування підприємства-виробника)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
(посада)	(підпис)	(прізвище та ініціали)

Зворотний бік акта

Копію цього Акта надіслано рекомендованим листом із повідомленням

(П. І. Б. особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної
операції)

(дата)

_____/_____
(підпис, прізвище та ініціали відправника листа)

Відмітка про отримання копії Акта, надісланого рекомендованим листом з повідомленням

(дата)

(П. І. Б. отримувача)

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики
України

14 вересня 2018 року N 1354

(повне найменування органу соціального захисту
населення)

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)
місце проживання (zareєстроване) _____

місце проживання/перебування (фактичне) _____

ЗАЯВА

про повторне виготовлення технічного засобу реабілітації

Прошу повторно виготовити _____
(найменування виробу)

у зв'язку _____

(зі зміною медичних показань у період між поданням заявки та фактичним виготовленням
технічного засобу реабілітації / отриманням неякісного технічного засобу реабілітації або такого,
що не відповідає вимогам, зазначеним у заявці на забезпечення технічними засобами
реабілітації / відсутністю заявника за місцем проживання з поважних причин)

До заяви додаю документи, передбачені абзацами третім, четвертим, шостим пункту 40
Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей
з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації
вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, затвердженого постановою
Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року N 321 (зі змінами).

Заяву та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та zareєстровано за N ____.

Додатково для розгляду заяви необхідно подати до ____ 20__ р. такі документи:

_____ / _____ Ознайомився(лась) _____ (підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) законного	_____ (підпис заявника, представника, уповноваженої особи)
-----(лінія відрізу)-----	
Заяву та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за N _____. Додатково для розгляду заяви необхідно подати до ____ 20__ р. такі документи:	
_____ / _____ Ознайомився(лась) _____ (підпис, прізвище та ініціали відповідальної особи) законного	_____ (підпис заявника, представника, уповноваженої особи)

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної політики
України
14 вересня 2018 року N 1354

Додаток до акта приймання-
N _____

(найменування органу)

ВИТЯГ
з реєстру про видані особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, іншим особам технічні та інші засоби реабілітації

N _____ з _____ 20__ р. по _____
(повне найменування підприємства-виробника)

N з/п	Найменування	Додаткові параметри	N замовлення	П. І. Б.	Рік народження	N паспорта, пенсійного посвідчення, свідоцтва про	Поштова адреса
-------	--------------	---------------------	--------------	----------	----------------	---	----------------

1	2	3	4	5	6	народження, довідки, ким видано	8
1. _____ (назва групи виробів)							
1.							
2.							
Сума за групою виробів							
Разом за _____ (_____							
(назва групи виробів)							
2. _____ (назва групи виробів)							
1.							
2.							
Сума за групою виробів							
Разом за _____ (_____							
(назва групи виробів)							
Усього за _____ (_____							
(назва групи виробів)							
Усього за групою виробів							

Керівник підприємства

Керівник органу соціального захисту населення
(уповноважена особа)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Дата формування ____ 20__ р.

Директор Департаменту реалізації
державних соціальних програм

М. Вишневська