

_____ (наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

**Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида *,
выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной
экспертизы**

ИПРА инвалида № _____ к протоколу проведения
медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от “ ____ ” _____ 20__ г.

1. Дата разработки ИПРА инвалида: _____

Общие данные об инвалиде

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

3. Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____

4. Возраст (число полных лет): _____

5. Пол:

5.1. <input type="checkbox"/> мужской	5.2. <input type="checkbox"/> женский
---------------------------------------	---------------------------------------

6. Гражданство:

6.1. <input type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации	6.2. <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	6.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--	--	--

7. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации) (указываемое подчеркнуть):

7.1. государство: _____

7.2. почтовый индекс: _____

7.3. субъект Российской Федерации: _____

7.4. район: _____

7.5. населенный пункт (7.5.1. городское поселение 7.5.2. сельское поселение): _____

7.6. улица: _____

7.7. дом/корпус/строение: _____ / _____ / _____

7.8. квартира: _____

8. Лицо без определенного места жительства

9. Наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, осуществляющего пенсионное обеспечение инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации

10. Место постоянной регистрации (при совпадении реквизитов с местом жительства данный пункт не заполняется):

10.1. государство: _____

10.2. почтовый индекс: _____

10.3. субъект Российской Федерации: _____

* Далее – ИПРА инвалида.

10.4. район: _____

10.5. населенный пункт: _____

10.6. улица: _____

10.7. дом/корпус/строение: _____ / _____ / _____

10.8. квартира: _____

11. Лицо без постоянной регистрации

12. Контактная информация:

12.1. контактные телефоны: _____

12.2. адрес электронной почты: _____

13. Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

14. Документ, удостоверяющий личность инвалида (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____
когда выдан _____

15. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя инвалида (нужное подчеркнуть):

(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

15.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя (нужное подчеркнуть) (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____
когда выдан _____

15.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя (нужное подчеркнуть) (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____
когда выдан _____

16. Показания к проведению реабилитационных или абилитационных мероприятий:

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1, 2, 3)
способности к самообслуживанию:	
способности к передвижению:	
способности к ориентации:	
способности к общению:	
способности к обучению:	
способности к трудовой деятельности:	
способности к контролю за своим поведением:	

17. ИПРА инвалида разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до:

(после предлога “до” указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено очередное переосвидетельствование, либо делается запись “бессрочно”)

18. Дата выдачи ИПРА инвалида “ ____ ” _____ 20 ____ г.

Мероприятия медицинской реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации
Медицинская реабилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Реконструктивная хирургия		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Протезирование и ортезирование		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Санаторно-курортное лечение (предоставляется в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг)		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

Прогнозируемый результат: восстановление нарушенных функций (полностью, частично); достижение компенсации утраченных либо формирование отсутствующих функций (полностью, частично) (нужное подчеркнуть)

Мероприятия профессиональной реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации
Профессиональная ориентация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Рекомендации по условиям организации обучения		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Содействие в трудоустройстве		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Заключение об отсутствии или наличии противопоказаний для обучения по программам бакалавриата и программам специалитета в образовательных организациях высшего образования *:		
Рекомендации по трудоустройству		
Доступные виды труда	Трудовые действия (функции), выполнение которых затруднено	
Рекомендуемые условия труда **		

Рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства инвалида с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности и производственной адаптации

Прогнозируемый результат: осуществление профессиональной ориентации; создание необходимых условий по организации обучения; получение профессии (специальности), в том числе новой, повышение квалификации, повышение уровня профессионального образования; подбор подходящего рабочего места; оснащение (оборудование) специального рабочего места для трудоустройства инвалида с учетом имеющихся у него нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности; создание необходимых условий для трудовой деятельности инвалида; достижение производственной адаптации (нужное подчеркнуть).

* Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" (Собрание законодательства, 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2930, 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, 4257, 4263; 2015, № 1, ст. 42, 53, 72; № 14, ст. 2008; № 18, ст. 2625; № 27, ст. 3951, 3989).

** Вносится запись о сокращенной продолжительности рабочего времени, индивидуальной норме выработки, дополнительных перерывах в работе, противопоказанных производственных факторах и условиях труда, а также о примерных условиях, в которых возможно осуществление инвалидом трудовой деятельности, согласно заключению федерального учреждения медико-социальной экспертизы.

Мероприятия социальной реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации
Социально-средовая реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-психологическая реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социокультурная реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-бытовая адаптация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Рекомендации по оборудованию специальными средствами и приспособлениями жилого помещения, занимаемого инвалидом		

Прогнозируемый результат: достижение или формирование способности к самообслуживанию (полное, частичное); восстановление навыков бытовой деятельности (полное, частичное); формирование навыков бытовой деятельности (полное, частичное); восстановление социально-средового статуса (полное, частичное) (нужное подчеркнуть)

Физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом
<input type="checkbox"/> Нуждается		

Не нуждается

Технические средства реабилитации * и услуги по реабилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета

Перечень ТСР и услуг по реабилитации	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР и услуг по реабилитации	Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР и услуг по реабилитации

Заключение о наличии или отсутствии необходимости сопровождения инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР за счет средств федерального бюджета, и обратно:

ТСР, предоставляемые инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, за счет средств инвалида либо других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

Перечень ТСР	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР	Исполнитель проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий с применением ТСР

Виды помощи, оказываемые инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению

1. Помощь инвалиду, передвигающемуся в кресле-коляске, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски

Нуждается

Не нуждается

2. Сопровождение инвалида, имеющего стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, и оказание ему помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур

Нуждается

Не нуждается

* Далее – ТСР.

3. Обеспечение допуска на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, в которых предоставляются услуги, собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение в соответствии с законодательством Российской Федерации

Нуждается

Не нуждается

4. Предоставление инвалидам по слуху при необходимости услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика

Нуждается

Не нуждается

5. Оказание необходимой помощи инвалиду в доступной для него форме в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий

Нуждается

Не нуждается

6. Иная необходимая инвалиду помощь в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг наравне с другими лицами (вписать): _____

Примечания: 1. Исполнителем заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий (проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий) по направлению реабилитации или абилитации указываются региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации; орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности: в сфере социальной защиты населения; сфере охраны здоровья; сфере образования; в области содействия занятости населения; в области физической культуры и спорта; фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида (его законного или уполномоченного представителя).

2. Сроки исполнения заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий (проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий) должны соответствовать сроку, на который разработана ИПРА инвалида.

3. В случае вынесения заключения о ненуждаемости инвалида в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий срок исполнения и исполнитель данного заключения не указываются.

С содержанием ИПРА инвалида
согласен

(подпись инвалида или его законного
(уполномоченного) представителя)
(нужное подчеркнуть)

(фамилия, инициалы)

Руководитель бюро
(главного бюро, Федерального бюро)
медико-социальной экспертизы
(уполномоченный заместитель
руководителя главного бюро
(Федерального бюро)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

М.П.

Заключение о выполнении ИПРА инвалида

Оценка результатов реализации ИПРА инвалида:

1. Оценка результатов медицинской реабилитации или абилитации:

восстановлены нарушенные функции (полностью, частично); достигнута компенсация утраченных функций (полная, частичная); сформированы отсутствующие функции (полностью, частично); положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть)

2. Оценка результатов профессиональной реабилитации или абилитации:

осуществлена профессиональная ориентация; созданы необходимые условия для организации обучения; получена профессия (специальность), в том числе новая, повышена квалификация, повышен уровень профессионального образования; подобрано подходящее рабочее место; специальное рабочее место для трудоустройства инвалида оснащено (оборудовано) с учетом имеющихся у него нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности; созданы необходимые условия для трудовой деятельности инвалида; достигнута производственная адаптация; положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть)

3. Оценка результатов социальной реабилитации или абилитации:

восстановлена (сформирована) способность к самообслуживанию (полная, частичная); восстановлены (сформированы) навыки бытовой деятельности (полностью, частично); восстановлен (сформирован) социально-средовой статус (полностью, частично); положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть)

4. Особые отметки о реализации ИПРА инвалида

(вносятся дополнительные сведения о результатах осуществленных реабилитационных или абилитационных мероприятий)

Дата вынесения заключения: “ ____ ” _____ 20 ____ г.

Руководитель бюро
(главного бюро, Федерального бюро)
медико-социальной экспертизы
(уполномоченный заместитель
руководителя главного бюро
(Федерального бюро)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

М.П.