

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

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

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

1. Дата разработки ИПРА ребенка-инвалида: _____

Общие данные о ребенке-инвалиде

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

3. Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____

4. Возраст (число полных лет (для ребенка в возрасте до 1 года число полных месяцев): _____

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 ребенка-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 ребенка-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: _____

10.4. район: _____

* Далее – ИПРА инвалида.

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 ребенка-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 ребенка-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 ребенка-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 психолого-педагогической реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации
Рекомендации по условиям организации обучения		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Психологическая помощь, оказываемая в образовательной организации		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Профессиональная ориентация, оказываемая в образовательной организации		
<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 *:		

Прогнозируемый результат: создание необходимых условий по организации обучения; осуществление профессиональной ориентации; оказание психологической помощи (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, осуществляемая в органе службы занятости		
<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 ребенка-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 ребенка-инвалида с учетом имеющихся у него нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности; создание необходимых условий для трудовой деятельности ребенка-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 ребенком-инвалидом трудовой деятельности, согласно заключению федерального государственного 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 ребенком-инвалидом

Прогнозируемый результат: достижение или формирование способности к самообслуживанию (полное, частичное); восстановление навыков бытовой деятельности (полное, частичное); формирование навыков бытовой деятельности (полное, частичное); восстановление или формирование 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		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

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

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

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

* Далее – ТСР.

ТСР, предоставляемые ребенку-инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, за счет средств ребенка-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 или абилитационных мероприятий с применением ТСР

Товары и услуги, предназначенные для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала

Перечень товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала	Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала

Виды помощи, оказываемые ребенку-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 ребенку-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 ребенка-инвалида, имеющего стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, и оказание ему помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур

- Нуждается

Не нуждается

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 ребенку-инвалиду по слуху при необходимости услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика

Нуждается

Не нуждается

5. Оказание необходимой помощи ребенку-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 ребенку-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) ребенка-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 ребенка-инвалида.

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

С содержанием ИПРА ребенка-инвалида согласен

(подпись ребенка-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 ребенка-инвалида

Оценка результатов реализации ИПРА ребенка-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 психолого-педагогической реабилитации или абилитации:

созданы необходимые условия по организации обучения; осуществлена профессиональная ориентация в образовательной организации, оказана психологическая помощь (нужное подчеркнуть)

3. Оценка результатов профессиональной реабилитации или абилитации

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

4. Оценка результатов социальной реабилитации или абилитации:

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

5. Заключение о возможности (невозможности) осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни:

(заполняется в отношении детей-инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющихся сиротами или оставшихся без попечения родителей, по достижении ими возраста 18 лет)

6. Особые отметки о реализации ИПРА ребенка-инвалида:

(вносятся дополнительные сведения о результатах осуществленных реабилитационных 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.