

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

**Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида* (1),
выдаваемая федеральными государственными учреждениями
медико-социальной экспертизы**

**ИПРА инвалида № ____ . ____ . ____ / ____ . ____
к протоколу проведения медико-социальной экспертизы № ____ от " ____ " _____ 20 ____ г.**

ОБЩИЕ ДАННЫЕ

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, 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: _____
(не указывается в случае проживания за пределами территории Российской Федерации)

6.4. район: _____

6.5. населенный пункт: _____

6.6. улица: _____

6.7. дом/корпус/строение: ____ / ____ / ____ 6.8. квартира: _____ 6.9. этаж проживания: _____

7. **Лицо без определенного места жительства** _____

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

9. **Наименование и адрес медицинской организации, направившей инвалида на медико-социальную экспертизу:**

10. **ОГРН медицинской организации, направившей инвалида на медико-социальную экспертизу:**

11. Место постоянной регистрации:

11.1. государство: _____

11.2. индекс: _____

11.3. субъект Российской Федерации: _____
(не указывается в случае проживания за пределами территории Российской Федерации)

11.4. район: _____

11.5. населенный пункт: _____

11.6. улица: _____

11.7. дом/корпус/строение: ____/____/____

11.8. квартира _____

12. Лицо без постоянной регистрации

13. Контактная информация:

13.1. контактные телефоны: _____

13.2. адрес электронной почты: _____

14. Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

15. Документ, удостоверяющий личность инвалида (указать наименование документа): _____
серия _____ № _____ кем выдан _____ когда выдан _____

16. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя инвалида

(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

16.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя инвалида (указать наименование документа): _____ серия _____ № _____ кем выдан _____ когда выдан _____

16.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя инвалида (указать наименование документа): _____ серия _____ № _____ кем выдан _____ когда выдан _____

16.3. Страховой номер индивидуального лицевого счета представителя инвалида: _____

17. Основная профессия (специальность): _____

17.1. стаж работы лет 17.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание): _____

17.3. выполняемая работа на момент проведения медико-социальной экспертизы (должность, профессия, специальность, квалификация, стаж работы по указанной должности, профессии, специальности): _____

17.4. Не работает лет 17.5. Трудовая направленность: есть нет

17.6. состоит на учете в службе занятости: да нет

18. Инвалидность: 18.1. Первая группа Вторая группа Третья группа

18.2. причина инвалидности: _____

18.3. дата установления группы инвалидности: день _____ месяц _____ год _____

18.4. группа инвалидности установлена впервые, повторно (нужное отметить), на срок до:

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

19. **Реабилитационный (абилитационный) потенциал** (нужное отметить): высокий, удовлетворительный, низкий.

20. **Реабилитационный (абилитационный) прогноз** (нужное отметить): благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неясный).

21. **Показания для проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий:**

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

22. **ИПРА инвалида разработана впервые, повторно** (нужное отметить) **на срок до:**

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

23. **ИПРА инвалида разрабатывалась при очном, заочном проведении медико-социальной экспертизы** (нужное отметить).

24. **Дата вынесения решений по ИПРА инвалида:** " ____ " _____ 20 ____ г.

25. **Дата выдачи ИПРА инвалида:** " ____ " _____ 20 ____ г.

Мероприятия по медицинской реабилитации или абилитации

Заключение о нуждемости (ненуждемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации (абилитации)*(2)	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Исполнитель заключения о нуждемости в проведении реабилитационных (абилитационных) мероприятий
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		

Мероприятия по общему и профессиональному образованию

Заключение о нуждемости (ненуждемости) в проведении мероприятий по общему и профессиональному образованию	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Исполнитель заключения о нуждемости в проведении реабилитационных (абилитационных) мероприятий
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УСЛОВИЯМ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		

Мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по профессиональной реабилитации (абилитации)	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных (абилитационных) мероприятий
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		
СОДЕЙСТВИЕ В ТРУДОУСТРОЙСТВЕ		
<input type="checkbox"/> нуждается		
<input type="checkbox"/> не нуждается		

О возможности трудоустройства путем постановки на учет в органах занятости проинформирован

Дата информирования: " ____ " _____ 20 ____ г.

Информация о согласии инвалида на обращение к нему органов службы занятости в целях оказания ему содействия в трудоустройстве и подборе подходящего рабочего места (при очном освидетельствовании)

Согласен _____
 (подпись инвалида, его законного или уполномоченного представителя) (фамилия, инициалы)

Заключение о видах и степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами
 (указывается в выписке из ИПРА инвалида, направляемой в органы службы занятости в целях подбора рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалида с учетом нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности)

Основные виды стойких нарушений функций организма человека	Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека (умеренные, выраженные, значительно выраженные)
Нарушение функции зрения	
Нарушение функции слуха	
Нарушение одновременно функций зрения и слуха	
Нарушение функции верхних конечностей	
Нарушение функции нижних конечностей	
Нарушение функции опорно-двигательного аппарата, вызывающее необходимость использования кресла-коляски	
Нарушение интеллекта	
Нарушение языковых и речевых функций	
Нарушение функции сердечно-сосудистой системы	
Нарушение функции дыхательной системы	
Нарушение функции пищеварительной системы	
Нарушение функций эндокринной системы и метаболизма	
Нарушение функций системы крови и иммунной системы	
Нарушение мочевыделительной функции	
Нарушение функций кожи и связанной с ней систем	
Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	

Рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства инвалида (нужное отметить)

по зрению: _____

по слуху: _____

с одновременным нарушением функций зрения и слуха: _____

С нарушением функций опорно-двигательного аппарата, в том числе передвижающегося с использованием кресла-коляски: _____

с прочими нарушениями: _____

НЕ НУЖДАЕТСЯ

Рекомендации по производственной адаптации (нужное отметить):

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ		
<input type="checkbox"/>	нуждается	
<input type="checkbox"/>	не нуждается	
СОЦИАЛЬНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ АДАПТАЦИЯ		
<input type="checkbox"/>	нуждается	
<input type="checkbox"/>	не нуждается	

Рекомендации по социальной реабилитации (абилитации)

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по социальной реабилитации (абилитации)	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Исполнитель заключения в нуждаемости в проведении реабилитационных (абилитационных) мероприятий
СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (АБИЛИТАЦИЯ)		
<input type="checkbox"/>	нуждается	
<input type="checkbox"/>	не нуждается	
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (АБИЛИТАЦИЯ)		
<input type="checkbox"/>	нуждается	
<input type="checkbox"/>	не нуждается	
СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (АБИЛИТАЦИЯ)		
<input type="checkbox"/>	нуждается	
<input type="checkbox"/>	не нуждается	
СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ АДАПТАЦИЯ		
<input type="checkbox"/>	нуждается	
<input type="checkbox"/>	не нуждается	

Заключение о возможности (невозможности) осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни (нужное отметить)

(заполняется в отношении инвалида, помещенного под надзор в организацию социального обслуживания и получающего социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания)

Возможно осуществление самообслуживания и ведение самостоятельного образа жизни

Невозможно осуществление самообслуживания и ведение самостоятельного образа жизни

Рекомендации по предоставляемому (занимаемому) жилому помещению инвалиду

(указываются рекомендации о максимально допустимой удаленности предоставляемого (занимаемого) жилого помещения к медицинской организации, переселении с верхних этажей на нижние к месту жительства родных, близких)

Рекомендации по оборудованию жилого помещения, занимаемого инвалидом, специальными средствами и приспособлениями (нужное отметить)

1. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции опорно-двигательного аппарата, в том числе использующих кресла-коляски и иные вспомогательные средства передвижения:

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

2. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции слуха, при необходимости использования вспомогательных средств:

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

3. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством функции зрения, при необходимости использования собаки-проводника, иных вспомогательных средств:

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

4. Для инвалидов, имеющих нарушения здоровья со стойким расстройством иных функций:

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

Физкультурно-оздоровительные мероприятия, мероприятия по занятию спортом

Виды, формы и объемы рекомендованных реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Исполнитель рекомендованных реабилитационных (абилитационных) мероприятий
<input type="checkbox"/> Информирование и консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта		

Рекомендуемые технические средства реабилитации*(3) и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета

Перечень ТСР и услуг по реабилитации (абилитации)	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Исполнитель реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Примечание*(4)
Сопровождение инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР, за счет средств федерального бюджета, и обратно			
<input type="checkbox"/> нуждается	<input type="checkbox"/> не нуждается		

ТСР и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации*(5)

Перечень ТСР и услуг по реабилитации (абилитации)	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Исполнитель рекомендованных реабилитационных (абилитационных) мероприятий

ТСР и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет его средств, средств других лиц (организаций) независимо от организационно-правовых форм, форм собственности*(6)

Перечень ТСР и услуг по реабилитации (абилитации)	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных (абилитационных) мероприятий	Исполнитель рекомендованных реабилитационных (абилитационных) мероприятий

Заключение о наличии медицинских показаний для приобретения инвалидом транспортного средства за счет собственных средств либо средств других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

Виды помощи, в которых нуждается инвалид для преодоления барьеров, препятствующих ему в получении услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами (нужное отметить)

1. Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении 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. Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в самообслуживании вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается не нуждается

3. Помощь инвалиду по зрению - слабовидящему на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается не нуждается

4. Помощь инвалиду по зрению - слепому на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается не нуждается

5. Обеспечение допуска на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение и выдаваемого по установленной форме:

нуждается не нуждается

6. Помощь инвалиду по слуху - слабослышащему на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается не нуждается

7. Помощь инвалиду по слуху - глухому на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур:

нуждается не нуждается

8. Предоставление инвалиду по слуху - глухому услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика (при необходимости):

нуждается не нуждается

9. Предоставление инвалиду, имеющему одновременно нарушения функций слуха и зрения, услуг тифлсурдопереводчика, включая обеспечение его допуска (при необходимости):

нуждается не нуждается

10. Оказание необходимой помощи инвалиду, имеющему интеллектуальные нарушения, в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий:

нуждается не нуждается

Прогнозируемый результат: восстановление нарушенных функций (полностью, частично), достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций (полностью, частично); восстановление (формирование) способности осуществлять самообслуживание (полностью, частично), самостоятельно передвигаться; (полностью, частично), ориентироваться (полностью, частично), общаться (полностью, частично), контролировать свое поведение (полностью, частично), обучаться (полностью, частично), заниматься трудовой деятельностью (полностью, частично).

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

_____ (подпись, инициалы, фамилия)

Отгиск
печати

Примечания:

1. ИПРА инвалида присваивается регистрационный номер, в котором указывается порядковый номер ИПРА инвалида, номер бюро или экспертного состава (при указании экспертного состава указывается буквенный индекс "ЭС"), код субъекта Российской Федерации и через дробь текущий год. (Например: 12.2.05/2015, то есть 12 - порядковый номер, 2 - номер бюро, 05 - код Республики Дагестан, 2015 - год составления ИПРА; 136.13.ЭС.77/2015, то есть 136 - порядковый номер, 13 - номер экспертного состава, 77 - код г. Москвы, 2015 - год составления ИПРА инвалида). При разработке ИПРА инвалида часть данных отмечается условным знаком "X", вносимым в соответствующие квадраты, свободные строки предназначены для текстовой информации. При распечатывании электронной формы ИПРА инвалида допускается вывод на печать только отмеченных и заполненных полей.

2. В случае внесения дополнений и изменений в ИПРА инвалида в течение одного года с момента ее утверждения новая ИПРА инвалида учитывается под прежним регистрационным номером с добавлением порядкового номера через дробь. (Например: 12.2.05/2015/2, то есть 12 - порядковый номер, 2 - номер бюро, 05 - Республика Дагестан, 2015 - год составления ИПРА инвалида, 2 - кратность разработки ИПРА инвалида в году).

3. В разделе "1. Общие данные" формы ИПРА инвалида указываются общие данные о инвалиде в соответствии с данными, указанными в протоколе проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы.

4. В графы "Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по реабилитации или абилитации" (медицинской, общему и профессиональному образованию, профессиональной, социальной), "Перечень ТСП и услуг по реабилитации или абилитации" заносятся сведения в отношении освидетельствуемого гражданина, которые отмечаются условным знаком "X", вносимым в соответствующие квадраты, или прописываются текстовой информацией.

5. В графах "Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий" указывается срок, в течение которого предоставляются реабилитационные или абилитационные мероприятия, технические средства реабилитации и услуги.

6. В графах "Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий", "Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий" по соответствующим позициям указывается исполнитель проведения реабилитационного или абилитационного мероприятия (орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сферах социальной защиты населения, охраны здоровья, образования, в области содействия занятости населения, физической культуры и спорта; региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации; сам ребенок-инвалид (его законный или уполномоченный представитель) либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм).

* * *

*(1) Далее - ИПРА инвалида.

*(2) Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации выносится на основании рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации, указанных в пункте 34 формы № 088/у-06 "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь", утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2007 г. № 77 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2007 г., регистрационный № 9089), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 октября 2009 г. № 853н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 ноября 2009 г., регистрационный № 15324).

*(3) Далее - ТСП.

*(4) В данном разделе указывается номер ИПРА инвалида, в которой впервые определены медицинские показания для обеспечения техническим средством реабилитации и услуги по реабилитации или абилитации.

*(5) В данном разделе указываются рекомендации по обеспечению реабилитационными или абилитационными мероприятиями, ТСП и услугами по реабилитации или абилитации, предусмотренными региональными перечнями реабилитационных мероприятий, ТСП и услуг, предоставляемых инвалиду.

*(6) В данном разделе указываются рекомендации по обеспечению ТСП и услугами по реабилитации или абилитации, в оплате которых принимают участие сам инвалид либо другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм.