

ФКУ "ГБ МСЭ по Пермскому краю" Минтруда России  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ПЕРМСКОМУ КРАЮ" МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Бюро № 11 - филиал ФКУ "ГБ МСЭ по Пермскому краю"

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)  
**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-  
ИНВАЛИДА,  
ВЫДАВАЕМАЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

ИПРА ребенка-инвалида N 494.11.59/2017  
к протоколу проведения медико-социальной экспертизы N 524.11.59/2017 от 01.09.2017 г.

**Общие данные**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): Кузнецов Данил Витальевич

2. Дата рождения: день      месяц      год     

3. Возраст : 5 лет

4. Пол: 4.1 ☒ мужской 4.2 ☐ женский

5. Гражданство:

|                                                                        |                                                                                                                 |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1 <input checked="" type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации | 5.2 <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации | 5.3 <input type="checkbox"/> 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 место жительства за пределы Российской Федерации) (нужно отметить):

6.1. государство: Российская Федерация

6.2. индекс:     

6.3. субъект Российской Федерации: Пермский край

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 место жительства за пределы Российской Федерации:

9. Наименование и адрес медицинской организации, направившей ребенка-инвалида на медико-социальную экспертизу: ГБУЗ ПК "Чайковская детская городская больница"

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

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

11.1. государство: \_\_\_\_\_

11.2. индекс: \_\_\_\_\_

11.3. субъект 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 ребенка-инвалида (указать наименование документа):

Свидетельство о  
рождении серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_  
когда выдан \_\_\_\_\_

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

Коробейникова Надежда Васильевна

(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

16.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя ребенка-инвалида (указать наименование документа):

Паспорт гражданина  
России серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_  
когда выдан \_\_\_\_\_

16.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя ребенка-инвалида (указать наименование документа):

Паспорт гражданина  
России серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_  
когда выдан \_\_\_\_\_

16.3. страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя ребенка-инвалида: \_\_\_\_\_

17. Основная профессия (специальность): \_\_\_\_\_

17.1. стаж работы: \_\_\_\_\_

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

да

☐  
☐

нет

нет

17.6. состоит на учете в службе занятости:

18. Инвалидность:

18.1. дата установления категории «ребенок-инвалид»:

день 01 месяц октябрь год 2017

18.2. категория «ребенок-инвалид» установлена впервые, повторно (нужное отметить), на срок до:

1 октября 2018

(после предлога «до» указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено переосвидетельствование, либо делается запись «до достижения возраста 18 лет»)

19. Реабилитационный или абилитационный потенциал (нужное отметить): удовлетворительный

20. Реабилитационный или абилитационный прогноз (нужное отметить): относительно благоприятный

21. Показания к проведению реабилитационных или абилитационных мероприятий:

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

22. ИПРА ребенка-инвалида разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: 01.10.2018

(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 "до достижения возраста 18 лет")

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

24. Дата вынесения решений по ИПРА ребенка- " 01 " сентября 2017 г.

инвалида:

25. Дата выдачи ИПРА ребенка-инвалида:

“ 01 ” сентября 2017 г.

**Мероприятия медицинской реабилитации или абилитации**

| Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации                               | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Медицинская реабилитация</b>                                                                                                         |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается                                                                                           | с 01.10.2017 до 01.10.2018                                                                        | Министерство здравоохранения Пермского края                                                       |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается                                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <b>Реконструктивная хирургия</b>                                                                                                        |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Нуждается                                                                                                      |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается                                                                                        |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <b>Протезирование и ортезирование</b>                                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается                                                                                           | с 01.10.2017 до 01.10.2018                                                                        | Министерство здравоохранения Пермского края                                                       |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается                                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <b>Санаторно-курортное лечение (предоставляется в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг)</b> |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается                                                                                           | с 01.10.2017 до 01.10.2018                                                                        | Министерство здравоохранения Пермского края                                                       |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается                                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                   |

**Мероприятия по психолого-педагогической реабилитации или абилитации**

| Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Рекомендации по условиям организации обучения</b>                                                                      |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается                                                                             | с 01.10.2017 до 01.10.2018                                                                        | Министерство образования и науки Пермского края                                                   |

☐ Не нуждается

Мероприятия по профессиональной реабилитации или абилитации

| Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Профессиональная ориентация                                                                                    |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Нуждается                                                                             |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается                                                               |                                                                                                   |                                                                                                   |
| Содействие в трудоустройстве                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Нуждается                                                                             |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается                                                               |                                                                                                   |                                                                                                   |

О возможности трудоустройства путем постановки на учет в органах занятости проинформирован

Дата информирования: «    » г.

Заключение о видах и степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами

(указывается в выписке из ИПРА ребенка-инвалида, направляемой в органы службы занятости в целях подбора рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности ребенка-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                                                                   | умеренные                                                                                                         |
| Нарушение функции опорно-двигательного аппарата, вызывающее необходимость использования кресла-коляски |                                                                                                                   |
| Нарушение интеллекта                                                                                   | незначительные                                                                                                    |
| Нарушение языковых и речевых функций                                                                   |                                                                                                                   |

|                                                       |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| Нарушение функции сердечно-сосудистой системы         |  |
| Нарушение функции дыхательной системы                 |  |
| Нарушение функции пищеварительной системы             |  |
| Нарушения функций эндокринной системы и метаболизма   |  |
| Нарушения функций системы крови и иммунной системы    |  |
| Нарушение мочевыделительной функции                   |  |
| Нарушения функций кожи и связанных с ней систем       |  |
| Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством |  |

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

☐ по зрению:

☐ по слуху:

☐ с одновременным нарушением функций зрения и слуха:

☐ с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, в том числе передвигающегося с использованием кресла-коляски:

☐ с прочими нарушениями:

☒ не нуждается

**Рекомендации по производственной адаптации (нужное отметить):**

1. Социально-психологическая адаптация: Не нуждается

2. Социально-производственная адаптация: Не нуждается

**Мероприятия социальной реабилитации или абилитации**

| Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Социально-средовая реабилитация или абилитация                                                           |                                                                                                   |                                                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается                                                            | с 01.10.2017 до 01.10.2018                                                                        | Министерство социального развития Пермского края                                                  |

|                                                              |                            |                                                  |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Не нуждается                        |                            |                                                  |
| <b>Социально-психологическая реабилитация или абилитация</b> |                            |                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается                | с 01.10.2017 до 01.10.2018 | Министерство социального развития Пермского края |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается                        |                            |                                                  |
| <b>Социокультурная реабилитация или абилитация</b>           |                            |                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается                | с 01.10.2017 до 01.10.2018 | Министерство социального развития Пермского края |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается                        |                            |                                                  |
| <b>Социально-бытовая адаптация</b>                           |                            |                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается                | с 01.10.2017 до 01.10.2018 | Министерство социального развития Пермского края |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается                        |                            |                                                  |

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

(заполняется в отношении ребенка-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

**Рекомендации по предоставляемому (занимаемому) жилому помещению ребенку-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 и т.п.)

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

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

- ☐ Нуждается
- ☒ Не нуждается

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

- ☐ Нуждается
- ☒ Не нуждается

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

- ☐ Нуждается
- ☒ Не нуждается

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

- ☐ Нуждается
- ☒ Не нуждается

Физкультурно-оздоровительные мероприятия, мероприятия по занятию спортом

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

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

| Перечень ТСР и услуг по реабилитации                         | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий | Примечание                     |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Обувь ортопедическая сложная без утепленной подкладки: 1 пар | с 01.10.2017 до 01.10.2018                                                                        | ГУ - Пермское региональное отделение ФСС РФ                                 | № первой ИПРА: 552.11.59/2014  |
| Обувь ортопедическая сложная на утепленной подкладке: 1 пар  | с 01.10.2017 до 01.10.2018                                                                        | ГУ - Пермское региональное отделение ФСС РФ                                 | № первой ИПРА: 552.11.59./2014 |

Сопровождение ребенка-инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР за счет средств федерального бюджета, и обратно:

Нуждается

ТСР и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые ребенку-инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации



|                                                                                                                       |                                                                                                   |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|  Перечень ТСП и услуг по реабилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

ТСП и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые ребенку-инвалиду за счет собственных средств ребенка-инвалида либо средств других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

|                                      |                                                                                                   |                                                                             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Перечень ТСП и услуг по реабилитации | Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий | Исполнитель рекомендованных реабилитационных или абилитационных мероприятий |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

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

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

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

☐ Нуждается

☒ Не нуждается

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

☐ Нуждается

☒ Не нуждается

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

☐ Нуждается

☒ Не нуждается

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

☐ Нуждается

☒ Не нуждается

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

☐ Нуждается

☒ Не нуждается

10. Оказание необходимой помощи ребенку-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 (частично)  
восстановление (формирование) способности  
осуществлять самообслуживание (полностью)  
самостоятельно передвигаться (полностью)  
обучаться (полностью)

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



*[Handwritten signature]*  
(подпись)

М.Я. Юнатовна  
(расшифровка подписи)

#### Примечания

1. ИПРА ребенка-инвалида присваивается регистрационный номер, в котором указывается порядковый номер ИПРА ребенка-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). При разработке ИПРА ребенка-инвалида часть данных отмечается условным знаком «Х», вносимым в соответствующие квадраты, свободные строки предназначены для текстовой информации. При распечатывании электронной формы ИПРА ребенка-инвалида допускается вывод на печать только отмеченных и заполненных полей.

2. В случае внесения дополнений и изменений в ИПРА ребенка-инвалида в течение одного года с момента ее утверждения новая ИПРА ребенка-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 ребенка-инвалида, 2 - кратность разработки ИПРА ребенка-инвалида в году).

3. В разделе «1. Общие данные» формы ИПРА ребенка-инвалида указываются общие данные о ребенке-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, психолого-педагогической, профессиональной, социальной), «Перечень ТСР и услуг по реабилитации или абилитации» заносятся сведения в отношении освидетельствуемого гражданина, которые отмечаются условным знаком «Х», 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.