

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА,
ВЫДАВАЕМАЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

ИПРА ребенка-инвалида № 281.14.18/2016 от 11.11.2016 г. по результатам проведения
медико-социальной экспертизы от 11.11.2016 г. № 12/16.14.18/2016 от 11.11.2016 г.

1. Дата разработки ИПРА ребенка-инвалида: 09.11.2016

Общие данные о ребенке-инвалиде

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): Волынина Арина Александровна

3. Дата рождения: день 05 месяц 05 год 2015

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

5. Пол: 5.1 мужской 5.2 женский

6. Гражданство:

| | | |
|--|---|---|
| 6.1 <input checked="" 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: Российская Федерация

7.2. почтовый индекс: 427905

7.3. субъект Российской Федерации: Удмуртская Республика

7.4. район: _____

7.5. населенный пункт (7.5.1 Городское поселение 7.5.2 сельское поселение): Сарапул г

7.6. улица: Сарapulskaya ул.

7.7. дом/корпус/строение: 21/222 / _____ / _____

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: _____

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 (СНИЛС): _____

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

 Отдел ЗАГС Администрации г. Сарапула Удмуртской Республики Российской Федерации
 Свидетельство о рождении серия _____ № _____ кем выдан _____
 когда выдан _____

15. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя ребенка-инвалида (нужное подчеркнуть):
Вольниина Юлия Владимировна
 (заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

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

 Свидетельство о рождении серия _____ № _____ кем выдан _____
 когда выдан 31.08.2015

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

 Паспорт гражданина России 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: | Третья |
| способности к передвижению: | Третья |
| способности к ориентации: | Третья |
| способности к общению: | Третья |
| способности к обучению: | Третья |
| способности к трудовой деятельности | |
| способности к контролю за своим поведением | Третья |

17. ИПРА ребенка-инвалида разработана впервые повторно (нужное подчеркнуть)
 на срок до: 01.11.2018

(после предлога "до" указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено переосвидетельствование, либо делительная дробь "бесконечно")

18. Дата выдачи ИПРА ребенка-инвалида: _____ ноября 2018 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 checked="" type="checkbox"/> Нуждается | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Реконструктивная хирургия | | |
| <input type="checkbox"/> Нуждается | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Протезирование и ортезирование | | |
| <input type="checkbox"/> Нуждается | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Санаторно-курортное лечение (предоставляется в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг) | | |

Прогнозируемый результат:
 восстановление нарушенных функций;
 достижение компенсации утраченных функций;
 формирование отсутствующих функций

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 checked="" type="checkbox"/> Нуждается | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Психологическая помощь, оказываемая в образовательной организации | | |
| <input type="checkbox"/> Нуждается | | |

| | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается | |
| Профессиональная ориентация, оказываемая в образовательной организации | |
| <input type="checkbox"/> Нуждается | |
| <input checked="" 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
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 checked="" type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Рекомендации по условиям организации обучения | | |
| <input type="checkbox"/> Нуждается | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Содействие в трудоустройстве | | |
| <input type="checkbox"/> Нуждается | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Заключение об отсутствии или наличии противопоказаний для обучения по программам бакалавриата и программам специалитета в образовательных организациях высшего образования: | | |
| не нуждается | | |
| 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 | | |

Прогнозируемый результат: _____

Мероприятия социальной реабилитации или абилитации

| Заключение о нуждаемости (нуждаемости) 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 checked="" type="checkbox"/> Нуждается | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Социально-психологическая реабилитация или абилитация | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Социокультурная реабилитация или абилитация | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Нуждается | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения |
| <input type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Социально-бытовая адаптация | | |
| <input type="checkbox"/> Нуждается | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается | | |
| Рекомендации по оборудованию специальными средствами и приспособлениями жилого помещения, занимаемого ребенком-инвалидом | | |
| не нуждается | | |

Прогнозируемый результат:

достижение способности к самообслуживанию
 восстановление навыков бытовой деятельности
 формирование навыков бытовой деятельности
 восстановление социально-средового статуса

частично

 частично

Физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом

| Заключение о нуждаемости (нуждаемости) 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 checked="" 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 и услуг по реабилитации | Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР и услуг по реабилитации |
|--|---|--|
| Кресло-коляска с ручным приводом для больных ДЦП комнатная, в том числе для детей-инвалидов: 1 шт подножки с регулируемым углом наклона; подножки регулирующие по высоте; спинка с регулируемым углом наклона; боковые упоры для тела; подголовник; предохранительный пояс; держатели для ног; валик для сохранения зазора между ногами; ширина сидения 28- 33 см. Ремонт | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения |
| Кресло-коляска с ручным приводом для больных ДЦП прогулочная, в том числе для детей-инвалидов: 1 шт подножки с регулируемым углом наклона; подножки регулирующие по высоте; спинка с регулируемым углом наклона; боковые упоры для тела; подголовник; предохранительный пояс; держатели для ног; валик для сохранения зазора между ногами; ширина сидения 28- 33 см. Ремонт | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения |
| Противопролежневый матрас гелевый: 1 шт Ремонт | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения |
| Противопролежневая подушка гелевая: 1 шт Ремонт | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения |
| Впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60 х 60 см (впитываемостью от 800 до 1200 мл): 1 шт на 1 сутки | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения |
| Подгузники для детей весом до 20 кг: 2 шт на 1 сутки | с 25.10.2016 до 01.11.2018 | Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения |

| |
|---|
| 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, в объеме: |
|---|

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

| 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 |
|--------------------------------------|---|--|
|--------------------------------------|---|--|

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 (или не оказываемые) ребенку-инвалиду и преодолевающим барьеры, мешающие получению им услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, в том числе с использованием средств технических средств, 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-проводники 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, либо сурдопереводчика

- 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 (составителя) 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 разработан ИИРА 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 ИИРА ребенка-инвалида согласен

(подпись ребенка-инвалида или его
законного представителя (подчеркнуть))

Волынина Ю.В.
(расшифровка подписи)

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



В.А. Суворова
(расшифровка подписи)

Подари ЗАВТРА!
благотворительный фонд