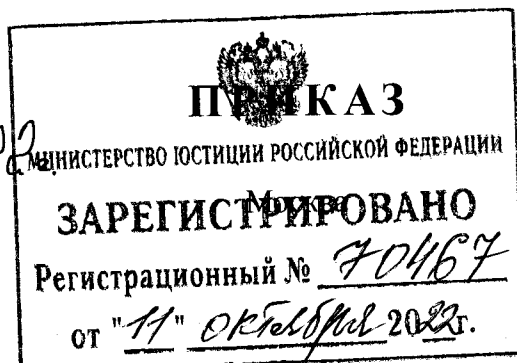




**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минтруд России)

9 сентября 2022



№ 5174

**Об утверждении формы и порядка составления акта медико-социальной
экспертизы гражданина**

В соответствии с абзацем шестым пункта 38 Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 15, ст. 2506), **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

форму акта медико-социальной экспертизы гражданина (далее – форма) согласно приложению № 1;

порядок составления акта медико-социальной экспертизы гражданина (далее – порядок) согласно приложению № 2.

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 апреля 2015 г. № 228н «Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы и Порядка его составления» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 мая 2015 г., регистрационный № 37410);

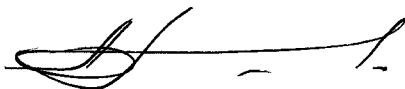
приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 декабря 2015 г. № 1172н «О внесении изменений в приложения № 1 и 2 к приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13 апреля 2015 г. № 228н «Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и Порядка его составления» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 февраля 2016 г., регистрационный № 40932);

пункт 1 изменений, которые вносятся в приказы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, касающиеся проведения медико-социальной экспертизы, утвержденных приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 6 апреля 2017 г. № 336н (зарегистрирован

Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2017 г., регистрационный № 46541).

3. Установить, что приказ вступает в силу по истечении десяти дней после дня его официального опубликования, за исключением подпункта 43.2 пункта 43, подпункта 44.2 пункта 44, подпункта 45.2 пункта 45, подпункта 46.2 пункта 46, подпункта 49.1 пункта 49, подпункта 53.6 пункта 53, подпункта 54.2 пункта 54, подпункта 55.2 пункта 55, подпункта 56.2 пункта 56, подпункта 63.2 пункта 63 формы, абзаца третьего подпункта 5, абзаца третьего подпункта 6, абзаца третьего подпункта 7, абзаца третьего подпункта 8, абзаца второго подпункта 11, абзаца седьмого подпункта 15, абзаца третьего подпункта 16, абзаца третьего подпункта 17, абзаца третьего подпункта 18 пункта 10 порядка в части использования федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», которые вступают в силу с 1 февраля 2023 г.

Министр



А.О. Котяков

Приложение № 1
к приказу Министерства труда и
социальной защиты
Российской Федерации
от 9 июля 2022 г. № 514н

Форма

(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

Акт медико-социальной экспертизы гражданина

№ _____ от _____

1. Дата поступления направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией (органа, осуществляющего пенсионное обеспечение гражданина, выехавшего на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации, страховщика (территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, страхователя (работодателя), определения суда (судьи), заявления гражданина о проведении медико-социальной экспертизы (нужное подчеркнуть) (день, месяц, год): « _____ » _____ 20__ г.
2. Дата проведения медико-социальной экспертизы (день, месяц, год): « _____ » _____ 20__ г.
3. Номер и дата (день, месяц, год) заполнения протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина¹: № _____ от « _____ » _____ 20__ г.
4. Дата принятия решения по результатам медико-социальной экспертизы (день, месяц, год): « _____ » _____ 20__ г.

Раздел I. Общие данные о гражданине

5. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
6. Дата рождения (день, месяц, год): « _____ » _____ г.
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): _____
дата смерти (день, месяц, год): « _____ » _____ г.
7. Пол: мужской женский
8. Гражданство:
 гражданин Российской Федерации гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
9. Отношение к воинской обязанности: _____

¹ Форма протокола проведения медико-социальной экспертизы утверждена приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 4 июля 2022 г. № 389н «Об утверждении формы и порядка заполнения протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16.09 2022 г., регистрационный № 70120).

гражданин, состоящий на воинском учете

гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете

гражданин, поступающий на воинский учет

гражданин, не состоящий на воинском учете

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

10.1. Государство: _____

10.2. Почтовый индекс: _____

10.3. Субъект Российской Федерации: _____

10.4. Район: _____

10.5. Населенный пункт:

городское поселение: _____

сельское поселение: _____

10.6. Улица: _____

10.7. Дом (корпус, строение): _____

10.8. Квартира: _____

11. Лицо без определенного места жительства (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

12. Контактная информация:

контактный номер телефона (при наличии): домашний _____

мобильный _____

адрес электронной почты (при наличии) _____

13. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ____ - ____ - ____

14. Документ, удостоверяющий личность:

наименование: _____

серия _____, номер _____

кем выдан: _____

дата выдачи (день, месяц, год): «__» _____ г.

15. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина, в отношении которого проведена медико-социальная экспертиза, члене семьи умершего инвалида, лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы (нужное подчеркнуть):

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

15.2. Дата рождения (день, месяц, год): «__» _____ г.

15.3. Документ, удостоверяющий личность:

наименование: _____

серия _____, номер _____

кем выдан: _____

дата выдачи (день, месяц, год): «__» _____ г.

15.4. Документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя гражданина, документ, подтверждающий родство/семейные отношения с умершим инвалидом, лицом, пострадавшим в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы (нужное подчеркнуть):

наименование: _____
 серия _____, номер _____
 кем выдан: _____
 дата выдачи (день, месяц, год): «__» _____ г.

15.5. Контактная информация:

контактный номер телефона (при наличии): домашний _____
 мобильный _____
 адрес электронной почты (при наличии) _____

15.6. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ____ - ____ - ____

15.7. Сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

15.7.1. Наименование: _____

15.7.2. Адрес: _____

15.7.3. Основной государственный регистрационный номер (ОГРН): _____

16. Сведения о территориальном органе Пенсионного фонда Российской Федерации, осуществляющем пенсионное обеспечение инвалида, выехавшего на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации:

16.1. Наименование: _____

16.2. Адрес: _____

17. Особая социальная категория гражданина, в отношении которого проведена медико-социальная экспертиза:

17.1. <input type="checkbox"/> участник ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС	17.2. <input type="checkbox"/> участник ликвидации последствий аварии на производственном объединении «Маяк»	17.3. <input type="checkbox"/> житель радиационно загрязненной территории	17.4. <input type="checkbox"/> ветеран подразделения особого риска	17.5. <input type="checkbox"/> инвалид Великой Отечественной войны
17.6. <input type="checkbox"/> участник Великой Отечественной войны	17.7. <input type="checkbox"/> ветеран боевых действий	17.8. <input type="checkbox"/> бывший военнослужащий Российской (Советской) Армии	17.9. <input type="checkbox"/> участник контртеррористических операций	17.10. <input type="checkbox"/> бывший воин-интернационалист
17.11. <input type="checkbox"/> житель блокадного Ленинграда	17.12. <input type="checkbox"/> бывший узник концлагеря, гетто и других мест принудительного содержания	17.13. <input type="checkbox"/> незаконно репрессированный	17.14. <input type="checkbox"/> ветеран труда	17.15. <input type="checkbox"/> беженец
17.16. <input type="checkbox"/> иммигрант	17.17. <input type="checkbox"/> вынужденный переселенец	17.18. <input type="checkbox"/> лицо, находящееся в местах лишения свободы	17.19. <input type="checkbox"/> лицо без определенного места жительства	

Раздел II. Решения, принятые по результатам медико-социальной экспертизы

18. Инвалидность:

18.1. <input type="checkbox"/> первая группа	18.2. <input type="checkbox"/> вторая группа	18.3. <input type="checkbox"/> третья группа	18.4. <input type="checkbox"/> категория «ребенок-инвалид»	18.5. <input type="checkbox"/> инвалидность не установлена
--	--	--	--	--

19. Причина инвалидности:

19.1. <input type="checkbox"/> общее заболевание	19.2. <input type="checkbox"/> трудовое увечье	19.3. <input type="checkbox"/> профессиональное заболевание	19.4. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства
19.5. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941–1945 годов	19.6. <input type="checkbox"/> военная травма	19.7. <input type="checkbox"/> заболевание получено в период военной службы	19.8. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
19.9. <input type="checkbox"/> заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.10. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.11. <input type="checkbox"/> заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк»	19.12. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк»
19.13. <input type="checkbox"/> заболевание связано с последствиями радиационных воздействий	19.14. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	19.15. <input type="checkbox"/> заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий	19.16. <input type="checkbox"/> инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), полученного в связи с участием в боевых действиях в составе отрядов самообороны Республики Дагестан в период с августа по сентябрь 1999 г. в ходе контртеррористических операций на территории Республики Дагестан
19.17. <input type="checkbox"/> иные причины инвалидности, установленные законодательством Российской Федерации: _____			

20. Дополнительная запись к причине инвалидности:

20.1. <input type="checkbox"/> инвалид по зрению	20.2. <input type="checkbox"/> вследствие поствакцинального осложнения	20.3. <input type="checkbox"/> вследствие развития осложнений после перенесенного заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
--	--	---

21. Дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) « ____ » _____ г.
22. Дата очередного проведения медико-социальной экспертизы (день, месяц, год): « ____ » _____ г.
23. Причина пропуска срока переосвидетельствования за прошлое время с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г. признана уважительной (неуважительной) (нужное подчеркнуть)
24. Инвалидность (категория «ребенок-инвалид») за пропущенный период с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г. установлена (не установлена) (нужное подчеркнуть)
25. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах в связи с первым несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием:
- 25.1. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах _____
- 25.2. Дата (день, месяц, год) первого несчастного случая на производстве, в связи с которым определена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: « ____ » _____ г.
- 25.3. Дата (день, месяц, год) установления диагноза первого профессионального заболевания, в связи с которым определена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: « ____ » _____ г.
- 25.4. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах определена на срок: _____
- 25.5. Дата очередного переосвидетельствования на предмет определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): « ____ » _____ г.
- 25.6. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах, определенная за период, предшествовавший дню проведения медико-социальной экспертизы: _____
- 25.7. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах за период, предшествовавший дню проведения медико-социальной экспертизы, определена с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г.
26. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах в связи с повторным несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием:
- 26.1. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____
- 26.2. Дата (день, месяц, год) повторного несчастного случая на производстве, в связи с которым определена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: « ____ » _____ г.
- 26.3. Дата (день, месяц, год) установления диагноза повторного профессионального заболевания, в связи с которым определена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: « ____ » _____ г.
- 26.4. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах определена на срок: _____
- 26.5. Дата очередного переосвидетельствования на предмет определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): « ____ » _____ г.

26.6. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах, определенная за период, предшествующий дню проведения медико-социальной экспертизы: _____

26.7. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах за период, предшествующий дню проведения медико-социальной экспертизы, определена с «___» _____ г. по «___» _____ г.

26.8. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах, определенная за пропущенный период: _____

26.9. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах за пропущенный период определена с «___» _____ г. по «___» _____ г.

27. Установлена стойкая утрата трудоспособности сотруднику органов внутренних дел Российской Федерации:

27.1. да

27.2. _____ пункт перечня увечий и иных повреждений здоровья, при которых сотруднику органов внутренних дел Российской Федерации устанавливается стойкая утрата трудоспособности

27.3. нет

28. Установлена стойкая утрата трудоспособности лицу, проходящему службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющему специальное звание полиции:

28.1. да

28.2. _____ пункт перечня увечий и иных повреждений здоровья, при которых лицу, проходящему службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющему специальное звание полиции, устанавливается стойкая утрата трудоспособности

28.3. нет

29. Установлена стойкая утрата трудоспособности сотруднику органов принудительного исполнения Российской Федерации:

29.1. да

29.2. _____ пункт перечня увечий и иных повреждений здоровья, при которых сотруднику органов принудительного исполнения Российской Федерации устанавливается стойкая утрата трудоспособности

29.3. нет

30. Разработана индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) лицу, признанному инвалидом: да нет

31. Выдана индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) лицу, признанному инвалидом (его законному (уполномоченному) представителю): да нет

32. Разработана программа реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания гражданину, в отношении которого проведена медико-социальная экспертиза: да нет

33. Выдана программа реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания гражданину, в отношении которого проведена медико-социальная экспертиза (его законному (уполномоченному) представителю): да нет

34. Решение по установлению времени наступления инвалидности: _____

35. Решение по установлению причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего: _____

36. Решение о нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации: нуждается не нуждается

37. Решение о нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации: нуждается не нуждается

38. Перечень документов, послуживших основанием для принятия решения (приобщаются к акту медико-социальной экспертизы гражданина)

№ п/п	Наименование документа, реквизиты документа	Дата поступления	Наименование организации, выдавшей документ
1	2	3	4

Раздел III. Сведения о документах, сформированных по решениям, принятым по результатам медико-социальной экспертизы

39. Сведения о выписке из акта медико-социальной экспертизы гражданина, признанного инвалидом:

39.1. <input type="checkbox"/> сформирована выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина, признанного инвалидом серия _____, № _____	39.2. <input type="checkbox"/> передана в федеральную государственную информационную систему «Федеральный реестр инвалидов» (далее – Федеральный реестр инвалидов) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
---	--

40. Сведения о справке, подтверждающей факт установления инвалидности (далее – справка об инвалидности):

40.1. <input type="checkbox"/> сформирована справка об инвалидности серия _____, № _____	40.2. <input type="checkbox"/> выдана на руки гражданину (его законному (уполномоченному) представителю) по согласованию с гражданином (его законным (уполномоченным) представителем) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	40.3. <input type="checkbox"/> направлена гражданину (его законному (уполномоченному) представителю) заказным почтовым отправлением «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	---

41. Сведения о дубликate справки об инвалидности:

41.1. <input type="checkbox"/> сформирован дубликат справки об инвалидности серия _____, № _____	41.2. <input type="checkbox"/> выдан на руки гражданину (его законному (уполномоченному) представителю) по согласованию с гражданином (его законным (уполномоченным) представителем) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	41.3. <input type="checkbox"/> направлен гражданину (его законному (уполномоченному) представителю) заказным почтовым отправлением «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	--	--

42. Сведения о новой справке об инвалидности в случае изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения гражданина:

42.1. <input type="checkbox"/> сформирована новая справка об инвалидности серия _____, № _____	42.2. <input type="checkbox"/> выдана на руки гражданину (его законному (уполномоченному) представителю) по согласованию с гражданином (его законным (уполномоченным) представителем) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	42.3. <input type="checkbox"/> направлена гражданину (его законному (уполномоченному) представителю) заказным почтовым отправлением «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	---

43. Сведения об индивидуальной программе реабилитации или абилитации (далее – ИПРА) инвалида:

43.1. <input type="checkbox"/> сформирована ИПРА инвалида № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от «__» _____ 20__ г.	43.2. <input type="checkbox"/> направлена в личный кабинет инвалида (его законного (уполномоченного) представителя), созданный в государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее - Единый портал) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	43.3. <input type="checkbox"/> выдана на бумажном носителе на руки инвалиду (его законному (уполномоченному) представителю) по желанию инвалида (его законного (уполномоченного) представителя) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	43.4. <input type="checkbox"/> направлена на бумажном носителе заказным почтовым отправлением инвалиду (его законному (уполномоченному) представителю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	---	--

44. Сведения об ИПРА ребенка-инвалида:

44.1. <input type="checkbox"/> сформирована ИПРА ребенка-инвалида: № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от «__» _____ 20__ г.	44.2. <input type="checkbox"/> направлена в личный кабинет ребенка-инвалида (его законного (уполномоченного) представителя) на Едином портале «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	44.3. <input type="checkbox"/> выдана на бумажном носителе на руки ребенку-инвалиду (его законному (уполномоченному) представителю) по желанию ребенка-инвалида (его законного (уполномоченного) представителя) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	44.4. <input type="checkbox"/> направлена на бумажном носителе заказным почтовым отправлением ребенку-инвалиду (его законному (уполномоченному) представителю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
---	---	---	--

45. Сведения о новой ИПРА инвалида, сформированной взамен ранее выданной ИПРА инвалида при необходимости внесения в нее исправлений в связи с изменением персональных, антропометрических данных инвалида, уточнением характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и

услуг, а также в целях устранения технических ошибок (описка, опечатка, грамматическая или арифметическая ошибка либо подобная ошибка):

45.1. <input type="checkbox"/> сформирована новая ИПРА инвалида № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от «__» _____ 20__ г.	45.2. <input type="checkbox"/> направлена в личный кабинет инвалида (его законного (уполномоченного) представителя) на Едином портале «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	45.3. <input type="checkbox"/> выдана на бумажном носителе на руки инвалиду (его законному (уполномоченному) представителю) по желанию инвалида (его законного (уполномоченного) представителя) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	45.4. <input type="checkbox"/> направлена на бумажном носителе заказным почтовым отправлением инвалиду (его законному (уполномоченному) представителю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	---	--

46. Сведения о новой ИПРА ребенка-инвалида, сформированной взамен ранее выданной ИПРА ребенка-инвалида при необходимости внесения в нее исправлений в связи с изменением персональных, антропометрических данных ребенка-инвалида, уточнением характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, а также в целях устранения технических ошибок (описка, опечатка, грамматическая или арифметическая ошибка либо подобная ошибка), либо включения в нее рекомендаций о товарах и услугах, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала:

46.1. <input type="checkbox"/> сформирована новая ИПРА ребенка-инвалида № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от «__» _____ 20__ г.	46.2. <input type="checkbox"/> направлена в личный кабинет ребенка-инвалида (его законного (уполномоченного) представителя) на Едином портале «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	46.3. <input type="checkbox"/> выдана на бумажном носителе на руки ребенку-инвалиду (его законному (уполномоченному) представителю) по желанию ребенка-инвалида (его законного (уполномоченного) представителя) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	46.4. <input type="checkbox"/> направлена на бумажном носителе заказным почтовым отправлением ребенку-инвалиду (его законному (уполномоченному) представителю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	---	--

47. Сведения о выписке из ИПРА инвалида:

47.1. <input type="checkbox"/> сформирована выписка из ИПРА инвалида № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от «__» _____ 20__ г.	47.2. <input type="checkbox"/> размещена в Федеральном реестре инвалидов «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	47.3. <input type="checkbox"/> не размещена в Федеральном реестре инвалидов (указать причину): _____
---	--	--

48. Сведения о выписке из ИПРА ребенка-инвалида:

48.1. <input type="checkbox"/> сформирована выписка из ИПРА ребенка-инвалида № _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от «__» _____ 20__ г.	48.2. <input type="checkbox"/> размещена в Федеральном реестре инвалидов «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	48.3. <input type="checkbox"/> не размещена в Федеральном реестре инвалидов (указать причину): _____
---	--	--

49. Сведения о выписке с результатами проведения медико-социальной экспертизы без участия гражданина, не признанного инвалидом (далее – выписка с результатами МСЭ):

49.1. <input type="checkbox"/> сформированная в форме электронного документа выписка с результатами МСЭ направлена гражданину (его законному (уполномоченному) представителю) в личный кабинет на Едином портале «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	49.2. <input type="checkbox"/> сформированная на бумажном носителе выписка с результатами МСЭ направлена гражданину (его законному (уполномоченному) представителю) заказным почтовым отправлением «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	--

50. Справка с результатами проведения медико-социальной экспертизы без личного присутствия гражданина, не признанного инвалидом, выдана на руки гражданину (его законному (уполномоченному) представителю) на бумажном носителе по желанию гражданина (его законного (уполномоченного) представителя)

51. Сведения о справке о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах:

51.1. <input type="checkbox"/> сформирована справка о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах серия _____, № _____	51.2. <input type="checkbox"/> выдана на руки под роспись пострадавшему в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (его законному (уполномоченному) представителю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	51.3. <input type="checkbox"/> направлена заказным почтовым отправлением пострадавшему в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (его законному (уполномоченному) представителю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	--

52. Сведения о выписке из акта медико-социальной экспертизы гражданина о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах:

52.1. <input type="checkbox"/> сформирована выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах серия _____, № _____	52.2. <input type="checkbox"/> направлена работодателю (страхователю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	52.3. <input type="checkbox"/> направлена страховщику «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	52.4. <input type="checkbox"/> направлена пострадавшему в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (его законному (уполномоченному) представителю) заказным почтовым отправлением «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	52.5. <input type="checkbox"/> выдана на руки пострадавшему в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (его законному (уполномоченному) представителю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	---	--	---

53. Сведения о программе реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (далее – ПРП):

53.1. <input type="checkbox"/> сформирована ПРП № _____ от «__» _____ 20__ г. к протоколу проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном учреждении медико-социальной	53.2. <input type="checkbox"/> направлена работодателю (страхователю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	53.3. <input type="checkbox"/> направлена страховщику «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
---	---	---

экспертизы от «__» 20__ г. № _____		
53.4. <input type="checkbox"/> сформированная на бумажном носителе ПРП выдана на руки пострадавшему в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (его законному (уполномоченному) представителю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	53.5. <input type="checkbox"/> сформированная на бумажном носителе ПРП направлена заказным почтовым отправлением пострадавшему в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (его законному (уполномоченному) представителю) «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	53.6. <input type="checkbox"/> сформированная в форме электронного документа ПРП направлена в личный кабинет пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (его законного (уполномоченного) представителя) на Едином портале «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)

54. Сведения о заключении о нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации:

54.1. <input type="checkbox"/> сформировано заключение о нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации (нужное подчеркнуть)	54.2. <input type="checkbox"/> доведено до гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации, с использованием информационно-коммуникационных технологий, в том числе посредством Единого портала «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	54.3. <input type="checkbox"/> выдано на руки гражданину, призываемому на военную службу (военнослужащему, проходящему военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	54.3. <input type="checkbox"/> направлено заказным почтовым отправлением гражданину, призываемому на военную службу (военнослужащему, проходящему военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	--	--	---

55. Сведения о заключении о нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации:

55.1. <input type="checkbox"/> сформировано заключение о нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, бабушки или	55.2. <input type="checkbox"/> доведено до государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации, с использованием информационно-коммуникационных	55.3. <input type="checkbox"/> выдано на руки государственному гражданскому служащему, подлежащему назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации «__» _____ г. (день, месяц, год)	55.4. <input type="checkbox"/> направлено заказным почтовым отправлением государственному гражданскому служащему, подлежащему назначению на иную должность
---	--	---	--

усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации (нужное подчеркнуть)	технологий, в том числе посредством Единого портала «__» _____ г. (день, месяц, год)		гражданской службы в порядке ротации «__» _____ г. (день, месяц, год)
---	--	--	---

56. Сведения о заключении об установлении причины смерти инвалида, лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего;

56.1. <input type="checkbox"/> сформировано заключение об установлении причины смерти инвалида, лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего	56.2. <input type="checkbox"/> доведено до члена семьи умершего с использованием информационно-коммуникационных технологий, в том числе посредством Единого портала «__» _____ 20____ г. (день, месяц, год)	56.3. <input type="checkbox"/> выдано на руки члену семьи умершего «__» _____ 20____ г. (день, месяц, год)	56.4. <input type="checkbox"/> направлено заказным почтовым отправлением члену семьи умершего «__» _____ 20____ г. (день, месяц, год)
---	---	--	---

57. Сведения о справке о стойкой утрате трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации:

57.1. <input type="checkbox"/> сформирована справка о стойкой утрате трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации от «__» _____ 20____ г. № _____	57.2. <input type="checkbox"/> направлена в медицинскую организацию, к которой сотрудник органов внутренних дел Российской Федерации прикреплен на медицинское обслуживание «__» _____ 20____ г. (день, месяц, год)	57.3. <input type="checkbox"/> направлена заказным почтовым отправлением сотруднику органов внутренних дел Российской Федерации «__» _____ 20____ г. (день, месяц, год)
--	---	---

58. Сведения о заключении об отказе в установлении стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации с указанием причин этого отказа:

58.1. <input type="checkbox"/> сформировано заключение об отказе в установлении стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации с указанием причин этого отказа	58.2. <input type="checkbox"/> направлено в медицинскую организацию, к которой сотрудник органов внутренних дел Российской Федерации прикреплен на медицинское обслуживание «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	58.3. <input type="checkbox"/> направлено заказным почтовым отправлением сотруднику органов внутренних дел Российской Федерации «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	---

59. Сведения о справке о стойкой утрате трудоспособности лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции:

59.1. <input type="checkbox"/> сформирована справка о стойкой утрате трудоспособности лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции от «__» _____ 20__ г. № _____	59.2. <input type="checkbox"/> направлена в медицинскую организацию, к которой лицо, проходящее службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющее специальное звание полиции, прикреплено на медицинское обслуживание «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	59.3. <input type="checkbox"/> направлена заказным почтовым отправлением лицу, проходящему службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющему специальное звание полиции «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	--	---

60. Сведения о заключении об отказе в установлении стойкой утраты трудоспособности лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции, с указанием причин этого отказа:

60.1. <input type="checkbox"/> сформировано заключение об отказе в установлении стойкой утраты трудоспособности лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции, с указанием причин этого отказа	60.2. <input type="checkbox"/> направлено в медицинскую организацию, к которой лицо, проходящее службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющее специальное звание полиции, прикреплено на медицинское обслуживание «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	60.3. <input type="checkbox"/> направлено заказным почтовым отправлением лицу, проходящему службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющему специальное звание полиции «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
---	--	---

61. Сведения о справке о стойкой утрате трудоспособности сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации:

61.1. <input type="checkbox"/> сформирована справка о стойкой утрате трудоспособности сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации от «__» _____ 20__ г. № _____	61.2. <input type="checkbox"/> направлена в медицинскую организацию, к которой сотрудник органов принудительного исполнения Российской Федерации прикреплен на медицинское обслуживание «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)	61.3. <input type="checkbox"/> направлена заказным почтовым отправлением сотруднику органов принудительного исполнения Российской Федерации «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	---

62. Сведения о заключении об отказе в установлении стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации с указанием причин этого отказа:

62.1. <input type="checkbox"/> сформировано заключение об отказе в установлении стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации	62.2. <input type="checkbox"/> направлено в медицинскую организацию, к которой сотрудник органов принудительного исполнения Российской Федерации прикреплен на медицинское обслуживание	62.3. <input type="checkbox"/> направлено заказным почтовым отправлением сотруднику органов принудительного исполнения Российской Федерации «__» _____ 20__ г. (день, месяц, год)
--	---	---

Федерации с указанием причин этого отказа	«__» ____ 20__ г. (день, месяц, год)	
---	--------------------------------------	--

63. Сведения об ином документе, установленном законодательством Российской Федерации:

63.1. <input type="checkbox"/> сформирован иной документ, установленный законодательством Российской Федерации (указать наименование и реквизиты): _____	63.2. <input type="checkbox"/> доведен до гражданина, прошедшего медико-социальную экспертизу (его законного (уполномоченного) представителя) с использованием информационно-коммуникационных технологий, в том числе посредством Единого портала	63.3. <input type="checkbox"/> выдан на руки гражданину, прошедшему медико-социальную экспертизу (его законному (уполномоченному) представителю), на бумажном носителе	63.4. <input type="checkbox"/> направлен заказным почтовым отправлением гражданину, прошедшему медико-социальную экспертизу (его законному (уполномоченному) представителю), на бумажном носителе
---	---	--	---

Руководитель бюро
(главного бюро, Федерального бюро)
медико-социальной экспертизы
(должностное лицо, уполномоченное
руководителем бюро (главного бюро,
Федерального бюро):

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Специалисты:

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата (день, месяц, год): «__» _____ г.

М.П.