



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 80349

от 27 ноября 2024.

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

ПРИКАЗ

2 сентября 2024.

Москва

№ 4454

**Об утверждении унифицированных форм документации
при оказании услуг по отдельным основным направлениям комплексной
реабилитации и абилитации инвалидов**

В соответствии с пунктом 10¹ статьи 4 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и подпунктом 5.2.107⁴ пункта 5 Положения о Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 610, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

унифицированную форму журнала учета инвалидов (детей-инвалидов), поступивших в реабилитационную организацию, и реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

унифицированную форму реабилитационной (абилитационной) карты реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

унифицированную форму журнала учета детей и их семей, поступивших в реабилитационную организацию, и реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

унифицированную форму карты реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2025 г.

Министр

А.О. Котьяков

Группа инвалидности или категория «ребенок-инвалид»	Целевая реабилитационная группа (код)	Страховой номер индивидуального лицевого счета	Реквизиты договора о реализации мероприятий и оказании услуг		Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного или уполномоченного представителя инвалида (ребенка-инвалида) (или сопровождающего лица)	Контактная информация (контактный номер телефона, адрес электронной почты (при наличии))
			номер	дата		
11	12	13	14	15	16	17

Форма реализации мероприятий и оказания услуг (полустационарная – 1, стационарная – 2, на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий – 3)	Реабилитационный курс		В случае отказа в реализации мероприятий и оказании услуг указать причину отказа (отказался гражданин; наличие медицинских противопоказаний; при нарушении правил внутреннего распорядка реабилитационной организации (выбрать нужное))	Период, за который фактически реализованы мероприятия и оказаны услуги (количество дней)
	дата начала	дата окончания		
18	19	20	21	22

Наименование фактически оказанных услуг	Общее количество фактически реализованных мероприятий, входящих в состав услуги, согласно стандарту оказания услуг (единиц)	Отметка об оказании услуг (полностью/частично)	Эффективность реабилитации и абилитации (реабилитационный эффект, %)	Дата направления сведений о реализации ИПРА в исполнительный орган субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности (число, месяц, год)

Приложение № 2
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от «2» сентября 2024 г. № 445н

Форма

_____ (наименование реабилитационной организации)

_____ (адрес реабилитационной организации)

_____ (основной государственный регистрационный номер реабилитационной организации)

**Реабилитационная (абилитационная) карта
реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным
направлениям комплексной реабилитации и абилитации
инвалидов (детей-инвалидов)**

№ _____

Получатель услуг по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) (далее – услуги, получатель услуги) (указать нужное):

- ребенок-инвалид
 инвалид
 инвалид, получивший травму, ранение, контузию, увечье в связи с участием в боевых действиях

Дата начала реабилитационного курса: «___» _____ 20__ г.

Дата завершения реабилитационного курса: «___» _____ 20__ г.

Договор о предоставлении услуг: № _____ дата _____ (число, месяц, год)

Форма оказания услуг:

- стационарная
 полустационарная
 на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий

Предпочтительный способ связи:

по телефону по электронной почте заказным письмом иным способом (указать): _____

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
2. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____
3. Возраст (количество полных лет): _____
4. Пол: 4.1. мужской 4.2. женский
5. Гражданство
 - 5.1. гражданин Российской Федерации
 - 5.2. гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации
 - 5.3. лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
6. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, места фактического проживания на территории Российской Федерации, места нахождения пенсионного дела инвалида (ребенка-инвалида), выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (нужное отметить):
 - 6.1. Государство: _____
 - 6.2. Индекс: _____
 - 6.3. Субъект Российской Федерации: _____
 - 6.4. Район: _____
 - 6.5. Населенный пункт: _____
 - 6.6. Улица: _____
 - 6.7. Дом, корпус, строение: _____
 - 6.8. Квартира: _____
7. Лицо без регистрации по месту жительства (месту пребывания)
8. Адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания):
 - 8.1. Государство: _____
 - 8.2. Индекс: _____
 - 8.3. Субъект Российской Федерации: _____
 - 8.4. Район: _____
 - 8.5. Населенный пункт: _____
 - 8.6. Улица: _____
 - 8.7. Дом, корпус, строение: _____
 - 8.8. Квартира: _____
9. Лицо без постоянной регистрации

10. Страховой номер индивидуального лицевого счета получателя услуги: _____
11. Документ, удостоверяющий личность получателя услуги (указать наименование документа):
 _____ серия _____ № _____ кем выдан _____
 _____ когда выдан _____
12. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (если имеется) (степень родства):

13. Документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (указать наименование документа):
 _____ серия _____ № _____ кем выдан _____
 _____ когда выдан _____
14. Документ, подтверждающий полномочия законного (уполномоченного) представителя получателя услуги (указать наименование документа):
 _____ серия _____ № _____ кем выдан _____
 _____ когда выдан _____
15. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя получателя услуги:

16. Контактная информация:
- 16.1. Контактный номер телефона: _____
- 16.2. Адрес электронной почты (при наличии): _____

II. Сведения об инвалидности

17. Инвалидность:
- 17.1. Первая группа Вторая группа Третья группа Категория «ребенок-инвалид»
- 17.2. Инвалидность установлена впервые , повторно (нужное отметить), дата установления инвалидности _____ на срок до: _____
18. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее – ИПРА):
- 18.1. ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) разработана на срок до: _____
- 18.2. ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) № _____
19. Причина инвалидности: _____
20. Реабилитационный или абилитационный потенциал (нужное отметить):
 высокий , средний (удовлетворительный) , низкий .
21. Реабилитационный или абилитационный прогноз (нужное отметить):
 благоприятный , относительно благоприятный , сомнительный (неясный) .

22. Выявленные ограничения основных категорий жизнедеятельности:

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

23. Заключение о нуждаемости в реализации мероприятий и оказании услуг в соответствии с ИПРА получателя услуги:

Заключение о нуждаемости в проведении мероприятий и оказании услуг	Период, в течение которого рекомендовано проведение мероприятий и оказание услуг	Исполнитель мероприятий и услуг
Социально-средовая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Социально-педагогическая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Социально-психологическая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Социально-бытовая реабилитация и абилитация		
<input type="checkbox"/> нуждается		
Профессиональная ориентация		
<input type="checkbox"/> нуждается		

24. Целевая реабилитационная группа:

(указывается наименование одной или нескольких (при наличии) целевых реабилитационных групп)

25. Цели оказания услуг:

Восстановление (компенсация) или формирование нарушенных (отсутствовавших) функций организма человека полностью (частично):

Восстановление (компенсация, формирование) способности инвалида (ребенка-инвалида) к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, контролю за своим поведением, обучению, трудовой деятельности полностью (частично):

III. Результаты реабилитации и абилитации получателя услуги

26. Результат первичной диагностики по отдельным основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов):

Статус по результатам первичной диагностики	
<input type="checkbox"/> Социально-бытовой статус	
<input type="checkbox"/> Социально-средовой статус	
<input type="checkbox"/> Социально-педагогический статус	
<input type="checkbox"/> Социально-психологический статус	
<input type="checkbox"/> Профессиональный статус для целей проведения профессиональной ориентации инвалидов (детей-инвалидов)	

27. Заключение междисциплинарной команды специалистов о нуждаемости в реализации мероприятий и оказании услуг в соответствии с ИПРА получателя услуги: _____

28. Цели реабилитации и абилитации на реабилитационный курс, продолжительность _____ (количество дней):

29. Индивидуальный план реабилитации и абилитации получателя услуги и фактическая реализация мероприятий и оказание услуг в рамках реабилитационного курса:

Основное направление комплексной реабилитации и абилитации	Наименование услуг	Наименование мероприятий, входящих в состав услуги	Рекомендуемое количество мероприятий, входящих в состав услуги (единиц)	Фактическая реализация мероприятий, входящих в состав услуги (единиц)		
				Исполнено	Формат реализации	
					групповая	индивидуальная
Социальная реабилитация и абилитация	<input type="checkbox"/> Услуга по социально-бытовой реабилитации и абилитации	Диагностика				
		Информирование				
		Консультирование				
		Практические занятия				
	Итого по услуге					

31. Результаты оценки (первичная, повторная (контрольная) диагностика) оказанных услуг и эффективности проведенной реабилитации и абилитации получателя услуги в организации:

Наименование услуг	Результаты первичной диагностики	Результаты повторной (контрольной) диагностики	Реабилитационный эффект (% , оценка)
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-бытовой реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-средовой реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-педагогической реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по социально-психологической реабилитации и абилитации			
<input type="checkbox"/> Услуга по профессиональной ориентации			

IV. Заключение междисциплинарной команды специалистов при выписке получателя услуги из организации

32. Индивидуальный план реабилитации и абилитации получателя услуги реализован:

32.1. полностью

32.2. частично

33. Состав невыполненных мероприятий, входящих в состав услуги, причины неполной реализации индивидуального плана реабилитации и абилитации получателя услуги (указать):

34. Цели реабилитации и абилитации за реабилитационный курс достигнуты:

34.1. полностью

34.2. частично

35. Члены междисциплинарной команды специалистов:

_____ Фамилия, имя, отчество (при наличии)	_____ Должность	_____ Подпись
_____ Фамилия, имя, отчество (при наличии)	_____ Должность	_____ Подпись
_____ Фамилия, имя, отчество (при наличии)	_____ Должность	_____ Подпись

**V. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов
получателю услуги (законному (уполномоченному) представителю) по дальнейшей организации процесса
реабилитации и абилитации и маршрутизации получателя услуги**

36. Рекомендовано:

Руководитель организации или уполномоченное
должностное лицо

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

« ____ » _____ 20__ г.
(число, месяц, год)

Приложение
к реабилитационной (абилитационной)
карте реализации мероприятий и
оказания услуг по отдельным
основным направлениям комплексной
реабилитации и абилитации
инвалидов (детей-инвалидов),
утвержденной приказом
Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от «2 сентября» 2024 г. № 445Н

(наименование реабилитационной
организации)

**Выписка из реабилитационной (абилитационной) карты
реализации мероприятий и оказания услуг по отдельным основным направлениям
комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов)**

Выдана получателю услуг по основным направлениям комплексной реабилитации
и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) (далее – услуги, получатель услуг)

фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида (ребенка-инвалида)

Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

Целевая реабилитационная группа:

(указывается наименование одной или нескольких (при наличии) целевых реабилитационных групп)

Цели оказания услуг при поступлении получателя услуг в реабилитационную организацию:

Услуги оказаны в период _____ - _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

в полустационарной, стационарной форме, на дому, в том числе дистанционно
с применением информационно-коммуникационных технологий (нужное подчеркнуть)

Индивидуальный план реабилитации и абилитации получателя услуг (нужное указать) реализован:

- полностью
 частично

Перечень реализованных мероприятий, входящих в состав услуги, согласно стандарту оказания услуг:

Причины неисполнения индивидуального плана реабилитации и абилитации получателя услуг (указать):

Результаты оценки реализованных мероприятий и оказанных услуг и эффективности проведенной реабилитации и абилитации получателя услуг в реабилитационной организации:

Рекомендации междисциплинарной команды специалистов:

Руководитель организации или
уполномоченное должностное лицо
(руководитель междисциплинарной
реабилитационной команды организации)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« ___ » _____ 20__ г.
(число, месяц, год)

МП

Категория «ребенок-инвалид» (указывается: установлена или не установлена)	Категории получателей услуг по ранней помощи	Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя ребенка	Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного (уполномоченного) представителя	Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного (уполномоченного) представителя	Контактная информация (контактный номер телефона, адрес электронной почты (при наличии))	Сведения о возможном отказе получателя услуг от реализации мероприятий и оказания услуг (указываются дата подачи заявления получателя услуг об отказе в реализации мероприятий и оказания услуг по ранней помощи и причина такого отказа)	Сведения о возможности применения дистанционных технологий (указываются при оказании услуг на дому)
11	12	13	14	15	16	17	18
						<input type="checkbox"/> наличие технического обеспечения <input type="checkbox"/> владение навыками использования информационных и коммуникационных технологий	

Реквизиты договора о реализации мероприятий и оказании услуг	Форма реализации мероприятий и оказания услуг			Период реализации мероприятий и оказания услуг		Период, за который фактически реализованы мероприятия и оказаны услуги (количество дней)	Перечень мероприятий и услуг
	полустационарная	стационарная	на дому	дата начала	дата окончания		
19	-1 21	-2 22	-3 23	24	25	26	27

Отметка о реализации мероприятий и оказании услуг (оказано или не оказано) 28	Общее количество реализованных мероприятий и оказанных услуг согласно стандарту оказания услуг (единиц) 29	Отметка о достижении цели (выполнена, частично выполнена, не выполнена) 30	В случае нереализации мероприятий и неоказания услуг указать причины 31	Результат реализации мероприятий и оказания услуг 32
			<input type="checkbox"/> получатель услуги отказался от реализации (оказания) того или иного вида, формы и объема мероприятий и услуг <input type="checkbox"/> получатель услуги отказался от реализации мероприятий и оказания услуг в целом <input type="checkbox"/> иные причины, указанные получателем услуги в заявлении об отказе от реализации мероприятий и оказания услуг	<input type="checkbox"/> переход ребенка в образовательную организацию <input type="checkbox"/> продолжение реализации мероприятий и оказания услуг <input type="checkbox"/> завершение реализации мероприятий и оказания услуг <input type="checkbox"/> реализация мероприятий и оказание услуг в иной организации

Приложение № 4
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. № 445Н

(наименование реабилитационной организации, оказывающей раннюю помощь детям и их семьям)

(адрес реабилитационной организации, оказывающей раннюю помощь детям и их семьям)

(основной государственный регистрационный номер, основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя)

**Карта реализации мероприятий и оказания услуг
по ранней помощи детям и их семьям**

№ _____

Получателем мероприятий и услуг по ранней помощи детям и их семьям (далее – получатель услуг) является ребенок от рождения до трех лет (независимо от наличия инвалидности), который имеет ограничения жизнедеятельности либо риск развития ограничений жизнедеятельности, и его семья (далее соответственно – ребенок, семья, мероприятия и услуги)¹

Дата поступления получателя услуг: «___» _____ 20__ г.

Дата завершения оказания услуг: «___» _____ 20__ г.

Договор о реализации мероприятий и оказании услуг: дата _____ № _____
(число, месяц, год)

Форма реализации мероприятий и оказания услуг

полустационарная в период _____ - _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

стационарная с сопровождающим лицом в период _____ - _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий
Дата: с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

Предпочтительный способ связи:

по телефону по электронной почте заказным письмом иным способом (указать): _____

¹ Статья 9³ Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка: _____
2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
3. Возраст (количество полных лет): _____
4. Пол: 4.1. мужской 4.2. женский
5. Гражданство:
 - 5.1. гражданин Российской Федерации
 - 5.2. гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации
 - 5.3. лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
6. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации) (нужное отметить):
 - 6.1. Государство: _____
 - 6.2. Индекс: _____
 - 6.3. Субъект Российской Федерации: _____
 - 6.4. Район: _____
 - 6.5. Населенный пункт: _____
 - 6.6. Улица: _____
 - 6.7. Дом, корпус, строение: _____
 - 6.8. Квартира: _____
7. Адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания):
 - 7.1. Государство: _____
 - 7.2. Индекс: _____
 - 7.3. Субъект Российской Федерации: _____
 - 7.4. Район: _____
 - 7.5. Населенный пункт: _____
 - 7.6. Улица: _____
 - 7.7. Дом, корпус, строение: _____
 - 7.8. Квартира: _____
8. Лицо без регистрации по месту жительства (месту пребывания)
9. Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка: _____
10. Документ, удостоверяющий личность ребенка (указать наименование документа):
 _____ серия _____ № _____ кем выдан _____
 когда выдан _____

11. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя ребенка:

12. Документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя ребенка (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

13. Документ, подтверждающий полномочия законного (уполномоченного) представителя ребенка (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

14. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного (уполномоченного) представителя ребенка:

15. Контактная информация:

15.1. Контактный номер телефона: _____

15.2. Адрес электронной почты (при наличии): _____

15.3. Иное (указать): _____

II. Категории получателей услуг

16. Категории получателей услуг по ранней помощи в соответствии с критериями включения детей от рождения до трех лет и их семей в число потенциально нуждающихся в реализации мероприятий и оказании услуг²:

16.1. наличие у ребенка категории «ребенок-инвалид»

16.2. отнесение ребенка медицинскими организациями по результатам профилактического медицинского осмотра к IV либо V группе здоровья

16.3. воспитание ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, что подтверждено справкой такой организации

16.4. воспитание ребенка в семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, или в семье, находящейся в социально опасном положении, что подтверждено заключением, выданным организациями социального обслуживания, помощи семье и детям, органами опеки и попечительства

16.5. наличие у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении, что подтверждено заключением психолого-медико-педагогической комиссии

16.6. беспокойность родителей или законных (уполномоченных) представителей развитием и поведением ребенка, не относящегося к категории детей, указанных в подпунктах 16.1 – 16.5 пункта 16

16.6.1. наличие у ребенка задержки развития и отклонений в поведении (без категории «ребенок с ОВЗ»)

16.6.2. наличие у ребенка ограничений жизнедеятельности (без категории «ребенок-инвалид»)

17. Документ, подтверждающий отнесение ребенка и его семьи к потенциально нуждающимся в реализации мероприятий и оказании услуг по ранней помощи:

№ _____ дата составления (число, месяц, год) _____

² Примерные требования к организации и осуществлению ранней помощи детям и их семьям, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 16 августа 2024 г. № 1099.

III. Определение потребности ребенка и его семьи в реализации мероприятий и оказании услуг, предусмотренных стандартом оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям

18. Причины обращения семьи:

19. Результаты определения потребности ребенка и семьи в мероприятиях и услугах по ранней помощи на первичном приеме:

19.1. Заключение о степени выраженности затруднений активности и участия ребенка по областям жизнедеятельности согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, одобренной на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г. (далее – МКФ):

Области жизнедеятельности	Показатели степени выраженности затруднений активности и участия ребенка				
	Нет затруднений	Легкие затруднения	Умеренные затруднения	Тяжелые затруднения	Абсолютные затруднения
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Обучение и применение знаний					
Общие задачи и требования					
Общение					
Мобильность					
Самообслуживание					
Бытовая жизнь					
Межличностные взаимодействия					
Главные сферы жизни					
Жизнь в сообществах					

19.2. Заключение о нарушениях функций организма у ребенка согласно МКФ (заполняется по данным медицинской документации при наличии)

Функции	Наличие нарушений (степень выраженности)
Умственные функции (функции сознания, интеллектуальные функции, волевые и побудительные функции, функции сна, функции внимания, памяти, восприятия, функции эмоций)	
Сенсорные функции и боль (функции зрения, слуха, вестибулярные функции)	
Функции голоса и речи	
Функции сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем (функции сердца, функции системы крови, функции иммунной системы (аллергические реакции, гиперчувствительность), функции дыхания)	
Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма (функции приема пищи, пищеварения, дефекации, функции сохранения массы тела, функции эндокринных желез)	
Урогенитальные и репродуктивные функции (функции мочеиспускания)	

Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции (функции подвижности суставов, функции мышечной силы и тонуса, контроль произвольных двигательных функций, непроизвольные двигательные функции)	
Функции кожи и связанных с ней структур (функции кожи, волос и ногтей)	

19.3. Заключение о наличии факторов окружающей среды, отражающихся на жизнедеятельности ребенка и семьи:

Факторы окружающей среды	Облегчающие (ресурсы) факторы	Барьеры
Продукция и технологии: - продукты, лекарства, одежда, обувь, бытовые приборы; - специализированное оборудование для индивидуального использования (протезы, ортезы и прочее); - средства передвижения; - оборудование для коммуникации, для приобретения знаний; - обустройство жилья		
Поддержка и взаимосвязи (семья и ближайшие родственники, друзья, знакомые семьи, профессиональные медицинские работники и другие)		
Установки социального окружения ребенка		

20. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов по определению потребности ребенка и его семьи в мероприятиях и услугах:

- консультация по результатам проведения первичного приема
- разработка и реализация индивидуальной программы ранней помощи (далее – ИПРП)
- консультативные услуги по ранней помощи детям и их семьям без разработки ИПРП
- реализация мероприятий и оказание услуг в иной реабилитационной организации (указать наименование реабилитационной организации)

21. План проведения оценочных процедур междисциплинарной командой специалистов для разработки ИПРП (заполняется в случае потребности ребенка и семьи в разработке и реализации ИПРП)

Вид оценки	Инструмент оценки (согласно стандарту оказания услуг)	Специалист	Дата проведения
Оценка поведения ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях			
Оценка эмоционального состояния и поведения ребенка во взаимодействии с родителями и другими близкими ухаживающими взрослыми			
Оценка развития навыков у ребенка			
Оценка мотивационных факторов			

24. Данные о результатах проведения промежуточной оценки реализации ИПРП:

24.1. Результаты оценки поведения ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях:

№ п/п	Область жизнедеятельности	Повседневные естественные жизненные ситуации	Результаты оценки	Факторы окружающей среды	Специалист (должность, подпись)

24.2. Результаты оценки эмоционального состояния и поведения ребенка во взаимодействии с родителями и другими ухаживающими взрослыми: _____

24.3. Результаты оценки развития навыков у ребенка:

Область развития	Результаты (навык сформирован, появляется, отсутствует)
Познавательная область	
Социальная область	
Самообслуживание	
Речь	
Понимание	
Тонкая моторика	
Крупная моторика	

Дата проведения промежуточной оценки: « ____ » _____ 20__ г.

25. Данные о результатах проведения итоговой оценки реализации ИПРП:

25.1. Результаты оценки поведения ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях:

№ п/п	Область жизнедеятельности	Повседневные естественные жизненные ситуации	Результаты оценки	Факторы окружающей среды	Специалист (должность, подпись)

25.2. Результаты оценки эмоционального состояния и поведения ребенка во взаимодействии с родителями и другими ухаживающими взрослыми: _____

25.3. Результаты оценки развития навыков у ребенка:

Область развития	Результаты (навык сформирован, появляется, отсутствует)
Познавательная область	
Социальная область	
Самообслуживание	
Речь	
Понимание	
Тонкая моторика	
Крупная моторика	

Дата проведения итоговой оценки: «__» _____ 20__ г.

26. Заключение междисциплинарной команды специалистов о результативности выполнения мероприятий и услуг

Показатель	Результаты (положительная динамика, отрицательная динамика, без динамики)
Области жизнедеятельности ребенка	
Вовлеченность в повседневные естественные жизненные ситуации	
Уровень развития ребенка	
Формирование взаимодействий ребенка и родителя или других непосредственно ухаживающих за ребенком взрослых	
Повышение компетентности родителей (законного (уполномоченного) представителя)	

27. Реализация мероприятий и оказание услуг завершены по следующим основаниям:

- Достижение ребенком возраста трех лет
- Достижение целей ИПРП
- Отказ получателя услуги от получения мероприятий и услуг
- Невыполнение получателем услуги условий договора
- Перевод ребенка в образовательную организацию
- Иные причины (указать): _____

VI. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов для получателя услуг

Дата _____
(число, месяц, год)

Рекомендации даны получателю услуг:

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Мероприятия реализованы и услуги оказаны в период: _____ - _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

Форма реализации мероприятий и услуг:

- полустационарная форма
- стационарная форма
- на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий

ИПРП реализована:

- полностью
- частично

Перечень реализованных мероприятий и оказанных услуг:

Причины неисполнения индивидуального плана мероприятий и услуг (указать):

Результат реализации ИПРП:

Оказывались консультативные услуги по ранней помощи детям и их семьям без разработки ИПРП

Рекомендации междисциплинарной команды специалистов, реализующих мероприятия и оказывающих услуги по ранней помощи:

Рекомендации специалиста:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Рекомендации специалиста:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Рекомендации специалиста:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Междисциплинарная команда специалистов:

Специалист: _____	_____	_____
должность	подпись	расшифровка подписи
Специалист: _____	_____	_____
должность	подпись	расшифровка подписи
Специалист: _____	_____	_____
должность	подпись	расшифровка подписи

Руководитель организации или уполномоченное должностное лицо

(подпись) (инициалы, фамилия)

Результат оказания консультативных услуг по ранней помощи детям и их семьям:

Рекомендации получателю услуг: _____

Руководитель организации или уполномоченное
должностное лицо (руководитель междисциплинарной
реабилитационной команды организации)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

«__» _____ 20__ г

Приложение № 2
к карте реализации мероприятий и
оказания услуг по ранней помощи детям
и их семьям, утвержденной приказом
Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 2 сентября 2024 г. № 445Н

Форма

(наименование реабилитационной организации, оказывающей раннюю помощь детям и их семьям)

Индивидуальная программа ранней помощи
№ _____

(составляется в двух экземплярах, один из которых выдается получателю услуг по ранней помощи детям
и их семьям)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка: _____

Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____ Возраст (количество полных лет): _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя или законного (уполномоченного) представителя:

Дата составления: « ____ » _____ 20__ г.

Период реализации: _____ - _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

Дата проведения промежуточной оценки реализации: « ____ » _____ 20__ г.

Дата проведения итоговой оценки реализации: « ____ » _____ 20__ г.

Цели реализации мероприятий и оказания услуг, указанных в индивидуальной программе ранней помощи (далее – ИПРП):

№ п/п	Область жизнедеятельности	Цель для ребенка	Цель для семьи	Повседневные естественные жизненные ситуации	Отметка о достижении цели (выполнена, частично выполнена, не выполнена)

Индивидуальный план по исполнению мероприятий и услуг, указанных в ИПРП:

№ п/п	Наименование услуги (мероприятия)	Объем оказания услуги (реализации мероприятия) (количество)	Продолжительность одной сессии (в минутах)	Периодичность оказания услуги (реализации мероприятия)	Форма оказания услуги (реализации мероприятия)	Формат оказания услуги (реализации мероприятия)				Специалист
						Индивидуально	В группе	Очно	Дистанционно	

Междисциплинарная команда специалистов:

Специалист: _____
должность подпись расшифровка подписи

Специалист: _____
должность подпись расшифровка подписи

Специалист: _____
должность подпись расшифровка подписи

Руководитель организации или уполномоченное
 должностное лицо

 (подпись)

 (инициалы, фамилия)

Дата выдачи ИПРП получателю услуг: _____
(число, месяц, год)

Информация о получении ИПРП получателем услуг:

ИПРП получил (получила) _____
(подпись получателя услуги) (инициалы, фамилия)