



**ДЕПАРТАМЕНТ ПО ТРУДУ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ
НАСЕЛЕНИЯ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от « 8 » апреля 2021 года № 249

г. Кострома

**О внесении изменения в приказ департамента по труду и социальной защите
населения Костромской области от 07.10.2019 № 760**

В соответствии с национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9999-2019 «Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология», утвержденным приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 29 августа 2019 года № 586-ст,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в порядок выдачи акта проверки наличия приобретенного для ребенка-инвалида товара (приложение), утвержденный приказом департамента по труду и социальной защите населения Костромской области от 7 октября 2019 года № 760 «Об утверждении порядка выдачи акта проверки наличия приобретенного для ребенка-инвалида товара», следующее изменение:

акт проверки наличия приобретенного для ребенка-инвалида товара (приложение № 3) изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня официального опубликования.

Директор департамента



Е.В. Журина

АКТ

проверки наличия приобретенного для ребенка-инвалида товара

(фамилия, имя, отчество владельца государственного сертификата или его представителя)

1. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование,

номер и серия документа, кем и когда выдан)

2. СНИЛС _____

3. Сведения о ребенке-инвалиде _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии),

число, месяц, год рождения)

4. Информация о приобретенном товаре:

4.1. Наименование приобретенного товара _____

4.2. Товар в наличии Товар отсутствует

4.3. Товар соответствует Товар не соответствует

перечню товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов: № в перечне _____, Код ГОСТ Р ИСО 9999-2019 _____

4.4. Товар соответствует Товар не соответствует

действительной на день приобретения товара индивидуальной программе реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной _____

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы,

номер ИПРА, номер, число, месяц, год протокола проведения медико-социальной экспертизы)

Срок действия ИПРА ребенка-инвалида: до _____

Директор департамента по труду и
социальной защите населения

Костромской области

М.П.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы)

_____ (дата)