

**СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО КОМПЛЕКСНОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, О ФАКТИЧЕСКИ  
ОКАЗАННЫХ УСЛУГАХ И ОБ ОБЪЕМЕ ТАКИХ УСЛУГ ДЛЯ ОЦЕНКИ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ**

**№ НомерДокумента**

**I. Общая часть**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): Инвалидов Инвалид Инвалидович

2. Дата рождения: день 29 месяц 05 год 2017

3. Возраст: 5

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, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (нужное отметить):

6.1. государство: Российская Федерация

6.2. индекс: 123456

6.3. субъект Российской Федерации: Регион Название0

6.4. район: Район Название2

6.5. населенный пункт: Город Название3

6.6. улица: Улица Название6

6.7. дом/корпус/строение: Дом0 / Корпус0 / Строение0

6.8. квартира: Квартира0

7. Место постоянной регистрации:

7.1. государство: Российская Федерация

7.2. индекс: 555555

7.3. субъект Российской Федерации: Регион 5

7.4. район:

7.5. населенный пункт:

7.6. улица:

7.7. дом/корпус/строение: / /

7.8. квартира:

8. Лицо без постоянной регистрации ☐

9. Страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка-инвалида: **000-000-000 00**

10. Документ, удостоверяющий личность ребенка-инвалида (указать наименование документа):

наименование **Паспорт гражданина РФ** серия **Серия0** № **Номер0**

кем выдан **КемВыдан0 КодПодразделения0**

когда выдан **04.05.2006**

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

**Представителей Представитель Представителей**

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

наименование **Паспорт гражданина РФ** серия **Серия1** № **Номер1**

кем выдан **КемВыдан1 КодПодразделения1**

когда выдан **24.05.2006**

13. Документ, удостоверяющий полномочия законного представителя ребенка-инвалида (указать наименование документа):

наименование **Паспорт гражданина РФ** серия № **1224**

кем выдан **Директором департамента**

когда выдан **24.05.2020**

14. Степень родства законного представителя ребенка-инвалида:

14.1. ☐ мать

14.2. ☐ отец

14.3. ☐ бабушка

14.4. ☐ дедушка

14.5. ☐ брат

14.6. ☐ сестра

14.7. ☒ другая степень родства (указать): **ИнаяСтепеньРодства**

14.8. ☐ не имеет родства

15. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного представителя ребенка-инвалида:

**111-111-111 11**

16. Дата заключения договора с родителем (законным представителем) ребенка-инвалида на приобретение услуг по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида:

день **13** месяц **01** год **2003**

17. Номер договора с родителем (законным представителем) ребенка-инвалида на приобретение услуг по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка-инвалида **ДоговорНомер**

II. Сведения о целевой реабилитационной группе ребенка-инвалида и цели оказания ребенку-инвалиду услуг по комплексной реабилитации и абилитации, установленных федеральным учреждением медико-социальной экспертизы

18. Установлена основная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с приказом Минтруда России от 25.05.2009 № НомерПриказа :

18.1. код целевой реабилитационной группы: ОсновнаяГруппаКод

18.2. наименование целевой реабилитационной группы: ОсновнаяГруппаЗначение

18.3. код целевой реабилитационной подгруппы: ОсновнаяПодгруппаКод

18.4. наименование целевой реабилитационной подгруппы: ОсновнаяПодгруппаЗначение

19. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с приказом Минтруда России от 26.06.2010 № НомерПриказа2 :

19.1. код целевой реабилитационной группы: Дополнительная1ГруппаКод

19.2. наименование целевой реабилитационной группы: Дополнительная1ГруппаЗначение

19.3. код целевой реабилитационной подгруппы: Дополнительная1ПодгруппаКод

19.4. наименование целевой реабилитационной подгруппы: Дополнительная1ПодгруппаЗначение

20. Установлена дополнительная целевая реабилитационная группа и подгруппа в соответствии с приказом Минтруда России от № :

20.1. код целевой реабилитационной группы:   

20.2. наименование целевой реабилитационной группы:   

20.3. код целевой реабилитационной подгруппы:   

20.4. наименование целевой реабилитационной подгруппы:   

21. Цель оказания ребенку-инвалиду услуги по комплексной реабилитации и абилитации: проведение мероприятий, направленных на восстановление (формирование) способностей ребенка-инвалида к выполнению определенных видов деятельности и полное или частичное устранение или компенсацию ограничений следующих основных категорий жизнедеятельности, установленных у ребенка-инвалида:

21.1 ☒ ограничение способности к самообслуживанию

21.2 ☒ ограничение способности к передвижению

21.3 ☐ ограничение способности к общению

21.4 ☐ ограничение способности к ориентации

21.5 ☐ ограничение способности к обучению

21.6 ☐ ограничение способности к контролю за своим поведением

21.7 ☐ ограничение способности к трудовой деятельности (проведение профориентации)

III. Заключение организации (федерального учреждения) о результатах оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида

22. Дата поступления ребенка-инвалида: "22" июня 2013

23. Дата выписки ребенка-инвалида: "19" февраля 2015

24. Количество дней, в течение которых оказывалась услуга по комплексной реабилитации и абилитации: 100

25. Форма оказания услуги по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

25.1. ☒ полустационарная

25.2. ☐ стационарная без сопровождающего лица

25.3. ☐ стационарная с сопровождающим лицом

26. Наименование стандарта оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, в соответствии с которым в организации (федеральном учреждении) был разработан и реализовывался индивидуальный план реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:

#### Стандарт

27. Индивидуальный план реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, разработанный организацией (федеральным учреждением) на основании стандарта оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, реализован:

27.1. ☒ полностью

27.3. ☐ частично

27.2.1. причины неполной реализации индивидуального плана реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (указать):

#### Причина Неполной Реализации Плана

28. Фактическое исполнение мероприятий по реабилитации и абилитации в рамках курса комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в организации (федеральном учреждении):

Направление реабилитации	Мероприятие	Форма предоставления		Общее количество мероприятий
		групповая	индивидуальная	
Социально-бытовая реабилитация и абилитация	Диагностика	3	1	4
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
	Юридическое консультирование			
Итого мероприятий по направлению "Социально-бытовая реабилитация и абилитация":		1	2	3
Социально-средовая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Социально-средовая реабилитация и абилитация":				
Социально-педагогическая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Социально-педагогическая реабилитация и абилитация":				
Социально-психологическая реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
	Тренинги			
	Просвещение			
Итого мероприятий по направлению "Социально-психологическая реабилитация и абилитация":				

Социокультурная реабилитация и абилитация	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
	Досуговые мероприятия			
	Просвещение			
Итого мероприятий по направлению "Социокультурная реабилитация и абилитация":				
Профессиональная ориентация	Профориентационная диагностика			
	Профориентационное информирование			
	Профориентационное консультирование			
	Профориентационная коррекция			
	Профессиональный отбор			
	Профессиональный подбор			
Итого мероприятий по направлению "Профессиональная ориентация":				
Адаптивная физическая культура	Диагностика			
	Информирование			
	Консультирование			
	Практические занятия			
Итого мероприятий по направлению "Адаптивная физическая культура":				
Общее количество мероприятий, проведенных в рамках стандарта оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида:		<b>6</b>	<b>8</b>	<b>14</b>
Другие мероприятия (при осуществлении лицензируемых видов деятельности)		<b>7</b>	<b>9</b>	<b>16</b>

29. Результаты оценки в организации (федеральном учреждении) ограничений жизнедеятельности ребенка-инвалида в соответствии с Методикой оценки эффективности услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от **"25" декабря 2009** г. № **ПриказОценкиНомер** (далее - Методика оценки эффективности услуг):

№ п/п	Ограничения основных категорий жизнедеятельности	Результаты первичной диагностики (в баллах)	Результаты контрольной диагностики (в баллах)	Результат реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (в %)
1.	Способность к самообслуживанию (самообслуживание и бытовая жизнь)	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>
2.	Способность к передвижению (мобильность)			
3.	Способность к общению (общение)			
4.	Способность к ориентации (ориентация)			
5.	Способность к обучению (обучение и применение знаний)			

6.	Способность к контролю за своим поведением (контроль за своим поведением)			
7.	Способность к трудовой деятельности (проведение профориентации)			

30. Общая оценка эффективности проведенной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида в соответствии с Методикой оценки эффективности услуг:

Эффективность реабилитации (%)	Вывод об эффективности реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (баллы)
	30.1. <input type="checkbox"/> полностью (2 балла)
70	30.2. <input checked="" type="checkbox"/> частично (1 балл)
	30.3. <input type="checkbox"/> отсутствует (0 баллов)

31. По результатам реабилитационных мероприятий уровень родительской компетенции:

31.1. ☒ повысился полностью

31.2. ☐ повысился частично

31.3. ☐ не повысился

Руководитель организации  
(федерального учреждения) или  
уполномоченное им должностное лицо  
(руководитель междисциплинарной  
реабилитационной команды  
организации (федерального  
учреждения)) :

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата: **"24" декабря 2023** г.

МП

Документ подписан  
усиленной квалифицированной электронной  
подписью.

Организация: string

Сертификат: string

Кому выдан: string string string

Издатель: string

Действителен: с 27.02.2017 по 17.05.2006