Приложение

к Инструкции по определению

степени ограничения возможностей

Форма № 1

|  |
| --- |
|  |
| Stema R**Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты**Национальный консилиум по установлению ограничения возможностей и трудоспособности**Свидетельство о присвоении степени ограничения возможностей****серия\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_**Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Число, месяц и год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заключение №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ Присвоена степень ограничения возможностей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Причина ограничения возможностей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код функционального основного нарушения\_\_\_\_\_\_\_\_ Определение степени ограниченных возможностей первичное/повторное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ Степень ограничения возможностей была установлена на срокс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (б/с) \_\_\_\_\_ Повторное обращение, для определения степени ограничения возможностей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ Начальник службы по установлению степени ограничения возможностей (*фамилия, имя, подпись*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Группа № \_\_\_\_\_\_\_\_ Члены группы (*фамилия, имя, подпись*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *М.П.*Прилагается индивидуальная программа реабилитации и социальной интеграции | Stema R**Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты**Национальный консилиум по установлению ограничения возможностей и трудоспособности**Корешок свидетельства о присвоении степени ограничения возможностей****серия\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_** Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Число, месяц и год рождения \_\_\_\_\_\_\_Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заключение №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ Присвоена степень ограничения возможностей \_\_\_\_\_\_Сохраненный процент трудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Причина ограничения возможностей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код функционального основного нарушения \_\_\_\_\_\_\_  Определение степени ограничения возможностей первичное /повторное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ Степень ограничения возможностей была установлена на срокс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (б/с) \_\_\_\_\_\_ Повторное обращение для определения степени ограничения возможностей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ Начальник службы по установлению степени ограничения возможностей (*фамилия, имя, подпись*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Группа № \_\_\_\_\_\_\_\_ Члены группы (*фамилия, имя, подпись*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *М.П.*Прилагается индивидуальная программа реабилитации и социальной интеграции |