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 срок  с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 срок  с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 |