Форма № 2

|  |  |
| --- | --- |
| **НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ ОГРАНИЧЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ** |  |

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

к свидетельству о присвоении степени ограничения возможностей серия\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_

**Индивидуальная программа реабилитации и социальной интеграции**

*выданная службой по установлению степени ограничения возможностей, группа № \_\_\_\_*

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индивидуальная программа реабилитации и социальной интеграции, разработанная: **первично/повторно** *(подчеркнуть*) на период от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (f/t) \_\_\_\_\_

*(соответствует сроку действия Свидетельства о присвоении степени ограничения возможностей)*

1. ***Рекомендации по медицинской помощи и реабилитации (****отметить галочкой √****):***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Лечение и наблюдение у семейного врача | € | Раннее вмешательство | € |
| Лечение и наблюдение у профильного специалиста (*указать*)  | € | Кинетотерапия | € |
| Лечение и наблюдение у профильного специалиста (*указать*)  | € | Слуховое протезирование | € |
| Лечение и наблюдение у профильного специалиста (*указать*)  | € | Глазное протезирование | € |
| Медицинская реабилитация | € | Протезирование верхних конечностей | € |
| Психотерапия | € | Протезирование нижних конечностей | € |
| Медицинский уход на дому | € | Артропластика | € |
| Паллиативная помощь | € | Непрерывная помощь от третьего лица в процессе медицинской реабилитации  | € |
| Медицинские принадлежности | € | Другое (*указать*) | € |
| Вспомогательные средства (*указать*) | € | Другое (*указать*) | € |
| **ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО РЕКОМЕНДАЦИЙ** (*указать количество (цифрами и прописью) отмеченных галочкой рекомендаций*) \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ *М.П.* (*подпись)* |

***II. Рекомендации по работе и профессиональной деятельности (****отметить галочкой √****):***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рабочая деятельность в обычных рабочих условиях на текущем рабочем месте (*указать и другие записи)* | € | Занятость у работодателя, где имел место несчастный случай на рабочем месте/профессиональное заболевание (*указать потребности*)  | € |
| Рабочая деятельность в обычных условиях (*указать и другие записи)* | € | Профессиональная ориентация | € |
| Адаптация рабочего места, включая технологии, оборудование и т.д. (*указать потребности*)  |  | Профессиональное обучение | € |
| Специализированное учреждение | € |  Профессиональная реабилитация | € |
| Работа на дому | € | Поддержка/помощь при трудоустройстве | € |
| Другое (*указать*) | € | Другое (*указать*) | € |
| **ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО РЕКОМЕНДАЦИЙ** (*указать количество (цифрами и прописью) отмеченных галочкой рекомендаций*) \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ *М.П.* (*подпись)* |

***III. Рекомендации по социальным услугам (****отметить галочкой √****):***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уход на дому | € | Семейное размещение | € |
| Мобильная бригада | € | «Respiro» | € |
| Персональный ассистент | € | Дневной центр | € |
| Центр временного размещения | € | Переоборудование/адаптация жилой площади  | € |
| Защищенное жилье  | € | Общинный дом | € |
| Общение, с использованием языка мимики и жестов/ знаков | € | Другое (*указать*) | € |
| **ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО РЕКОМЕНДАЦИЙ** (*указать количество (цифрами и прописью) отмеченных галочкой рекомендаций*) \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_*М.П.* (*подпись)* |

***IV.Рекомендации по учебному процессу (для детей и взрослых, находящихся в процессе обучения) (****отметить галочкой √****):***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Образование в учебном заведении (общее, специальное, вспомогательное) | € | Домашнее обучение  | € |
| Адаптация доступа и внутреннего пространства учебного заведения  | € | Услуги психолого-педагогической помощи | € |
| Индивидуальная программа физического воспитания | € | Образование в соответствии с типовой программой с индивидуальным подходом  | € |
| Учебные и образовательные пособия по системе Брайля  | € | Литература в звуковой версии  | € |
| Индивидуальные слуховые системы, слуховые системы для группового обучения, системы усиления | € | Помощь в обучении со стороны вспомогательных педагогических кадров | € |
| Консультационная и логопедическая помощь | € | Консультирование и психолого-педагогическая помощь (тифлопедагог) | € |
| Консультирование и психологическая помощь, психологическая терапия  | € | Консультирование и психолого-педагогическая помощь (сурдопедагог) | € |
| Дистанционное обучение | € | Перевод на язык мимики и жестов/ знаков | € |
| Ресурсный центр инклюзивного образования в учебном заведении | € | Другое (*указать*) | € |
| **ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО РЕКОМЕНДАЦИЙ** (*указать количество (цифрами и прописью) отмеченных галочкой рекомендаций*) \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_*М.П.* (*подпись)* |

Ознакомился с содержанием Индивидуальной программы реабилитации и социальной интеграции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*подпись лица с ограниченными возможностями и/или его представителя*)

Начальник службы по установлению степени ограничения возможностей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*фамилия, имя, подпись*)

Группа № \_\_\_\_\_\_\_\_

Члены группы (*фамилия, имя, подпись*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М. П. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_