

"Әлеуметтік-еңбек саласындағы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарттарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму Министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі № 279 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 желтоқсандағы № 1049 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2016 жылы 9 наурызда № 13412 болып тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2021 жылғы 25 наурыздағы № 84 бұйрығымен

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 25.03.2021 № 84 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

"Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер туралы" 2013 жылғы 15 сәуірдегі Қазақстан Республикасы Заңының 10-бабының 1) тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. "Әлеуметтік-еңбек саласындағы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарттарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму Министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі № 279 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11342 болып тіркелген, "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде 2015 жылғы 10 шілдеде жарияланған) мынадай өзгерістер мен толықтырулар енгізілсін:

көрсетілген бұйрықпен бекітілген "Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындау" мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартында:

9-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"9. Көрсетілетін қызметті алушы мемлекеттік қызметті көрсету үшін жүгінген кезде осы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына 1-қосымшаға сәйкес нысан бойынша мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеуге және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындауға өтінішті және мынадай құжаттарды ұсынады:

көрсетілетін қызметті берушіге:

1) жеке басты куәландыратын құжаттың көшірмесі және салыстыру үшін түпнұсқасы;

2) медициналық-әлеуметтік сараптамаға жолдама (№ 907 бұйрықпен бекітілген 088/у нысаны), № 44 бұйрықпен бекітілген нысан бойынша пациентті/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының (бұдан әрі – ОЖБ) медициналық бөлігінің көшірмесін қоса бере отырып, оны ресімдеген күннен бастап бір айдан кешіктірмей (куәландыру (қайта куәландыру) кезінде ұсынылады);

3) тұрғылықты тұратын жері бойынша тіркелгенін растайтын құжат (мекенжай анықтамасы не ауыл әкімінің анықтамасы). Адамның түзеу мекемесінде немесе тергеу изоляторында болу фактісін растайтын анықтама (еркін нысанда);

4) ауру динамикасын талдау үшін амбулаториялық пациенттің медициналық картасы. Болған жағдайда ауру тарихынан үзінді-көшірмелердің, мамандар қорытындыларының және зерттеу нәтижелерінің көшірмелері.

Бұдан басқа, мынадай құжаттар ұсынылады:

5) жеке сәйкестендіру нөмірінің көшірмесі және салыстыру үшін түпнұсқасы – жеке басты куәландыратын құжатта жеке сәйкестендіру нөмірі болмаған жағдайларда;

6) еңбекке уақытша жарамсыздық парағы (анықтамасы) – жұмыс істейтін адам ұсынады;

7) ресімделген күннен бастап бір айдан кешіктірілмей ұсынылған дәрігерлік-консультациялық комиссияның (бұдан әрі – ДКК) қорытындысы – консультацияға жіберілген, үйде, стационарда немесе сырттай куәландыру (қайта куәландыру) қажет болған немесе ОЖБ қалыптастыруға немесе түзетуге жіберілген жағдайларда ұсынылады;

8) міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу (немесе қатыспау) фактісін растайтын құжат – осы әлеуметтік қатер бойынша жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі алғаш рет белгіленген жағдайларда ұсынылады;

9) мүгедектің тұрғын үй-тұрмыстық жағдайын тексеру актісі – ОЖБ-ның тұрғын үй-тұрмыстық жағдайларды жақсартуға арналған әлеуметтік және кәсіптік бөлігін әзірлеу үшін мүгедек немесе оның заңды өкілі ұсынады;

10) № 907 бұйрықпен бекітілген медициналық ұйымға бекіту анықтамасының (талонының) көшірмесі – тұрғылықты (тіркелген) жерінен тыс медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымына бекітілген жағдайда ұсынылады;

11) еңбек қызметін растайтын құжаттың көшірмесі және (немесе) өндірістегі еңбек сипаты мен еңбек жағдайлары туралы мәліметтер – алғашқы куәландыру кезінде еңбек етуге қабілетті жастағы адам ұсынады (бар болса), өндірістік жарақаттар немесе кәсіптік аурулар болған жағдайларда ұсыну міндетті;

12) "Еңбек қызметіне байланысты жазатайым оқиғаларды тергеп-тексеру материалдарын ресімдеу бойынша нысандарды бекіту туралы" Қазақстан

Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 желтоқсандағы № 1055 бұйрығымен бекітілген (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 12655 болып тіркелген) еңбек қызметіне байланысты жазатайым оқиға туралы актінің көшірмесі және салыстыру үшін түпнұсқасы – осы жазатайым оқиға бойынша кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін алғашқы рет белгілеу кезінде өндірістік жарақат алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан адам ұсынады;

13) себеп-салдарлық байланысты белгілеген тиісті қызмет саласындағы уәкілетті орган берген құжат – жараланумен, контузиямен, жарақаттанумен, мертігумен, аурумен байланысты мүгедектіктің себебін айқындау үшін бір рет ұсынылады;

14) Еңбек гигиенасы мен кәсіптік аурулар ұлттық орталығының берілгеніне екі жылдан аспаған қорытындысы – кәсіптік ауруға шалдыққан адам ұсынады;

15) еңбек (қызметтік) міндеттерін орындау кезінде алған жарақаттанумен немесе аурумен себеп-салдарлық байланысы туралы соттың шешімінің көшірмесі және салыстыру үшін түпнұсқасы – жұмыс беруші-дара кәсіпкердің жұмысы тоқтатылған немесе заңды тұлға жойылған жағдайда өндірістік жарақат алған немесе кәсіптік ауруға шалдыққан адам ұсынады;

Құжаттар мемлекеттік немесе орыс тілдерінде ұсынылады.

порталға:

көрсетілетін қызметті алушының ЭЦҚ-сымен куәландырылған электрондық құжат нысанындағы сұрау салу.

Жеке басты куәландыратын құжаттағы мәліметтерді көрсетілетін қызметті алушы "электрондық үкімет" шлюзі арқылы тиісті мемлекеттік ақпараттық жүйеден алады.

Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесі көрсетілетін қызметті алушы жеке өзі (немесе оның заңды өкілі) келгенде жеке басын куәландыратын құжатты көрсеткен кезде беріледі.";

мынадай мазмұндағы 9-1-тармақпен толықтырылсын:

"9-1. Көрсетілетін қызметті алушы осы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының 9-тармағында көзделген тізбеге сәйкес қолдану мерзімі өткен құжаттарды және (немесе) құжаттардың толық емес топтамасын ұсынған жағдайда, МӘС маманы өтінішті қабылдаудан бас тартады және осы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына 2-қосымшаға сәйкес нысан бойынша құжаттарды қабылдаудан бас тарту туралы қолхат береді.";

қосымша осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес редакцияда жазылсын;

осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес 2-қосымшамен толықтырылсын.

2. Әлеуметтік қызметтер департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оның көшірмесін мерзімді баспа басылымдарында және "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде, сондай-ақ Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінің эталондық бақылау банкіне енгізу үшін Республикалық құқықтық ақпарат орталығында ресми жариялауға баспа және электрондық түрде жіберуді;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму вице-министрі С.Қ. Жақыповаға жүктелсін.

4. Осы бұйрық оның алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау және

әлеуметтік даму министрі

Т. Дүйсенова

"КЕЛІСІЛДІ"

Қазақстан Республикасының

Инвестициялар және даму министрі

_____ Ә. Исекешев

2016 жылғы 5 ақпан

"КЕЛІСІЛДІ"

Қазақстан Республикасының

Ұлттық экономика министрі

_____ Е. Досаев

2016 жылғы 27 қаңтар

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау және

әлеуметтік даму министрінің

2015 жылғы 28 желтоқсандағы

№ 1049 бұйрығына 1-қосымша

"Мүгедектікті және/немесе еңбек

ету қабілетінен айырылу дәрежесін

белгілеу және/немесе қажетті

әлеуметтік қорғау шараларын айқындау"

мемлекеттік көрсетілетін қызмет

стандартына 1-қосымша

Нысан

**Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу
дәрежесін белгілеуге және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау
шараларын айқындауға өтініш**

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің _____ облысы
(қаласы) бойынша департаменті, _____ бөлімі
ЖСН: _____

Өтініш берушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)

Туған күні: _____ жылғы " ____ " _____

Жеке басты куәландыратын құжаттың түрі: _____

Құжаттың нөмірі: _____ кім берген _____

Берілген күні _____ жылғы " ____ " _____

Тіркелген жері: _____
облыс _____

қала (аудан) _____ ауыл: _____

көше (шағын аудан) _____ үй _____ пәтер _____

Сізден мына мақсатта куәландыру (қайта куәландыру) жүргізуді
сұраймын:

1) мүгедектікті белгілеу: мүгедектікті алғашқы белгілеу, мүгедектікті қайта
белгілеу (қайта куәландыру), еңбекке уақытша жарамсыздық парағын ұзарту,
мүгедектік себебінің өзгеруі (қажетінің асты сызылсын);

2) жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін, кәсіптік еңбек ету
қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу (қажетінің асты сызылсын);

3) ОЖБ қалыптастыру, ОЖБ түзету, зардап шеккен қызметкердің қосымша
көмек түрлеріне және күтімге мұқтаждығын айқындау (қажетінің асты сызылсын
).

Өтінішке қоса берілген құжаттардың тізбесі:

Р/ с №	Құжаттың атауы	Құжаттағы парақтардың саны	Ескертпе
1	088/у нысаны		
2	ОЖБ медициналық бөлігінің көшірмесі		
3	жеке басты куәландыратын құжаттың көшірмесі		
4	тіркелген жерін растайтын құжат		
5	амбулаториялық науқастың медициналық картасы, ауру тарихынан және зерттеп-қарау нәтижелерінен үзінді көшірмелер		

6	медициналық ұйымға бекіту анықтамасының (талонының) көшірмесі		
7	еңбекке уақытша жарамсыздық парағы (анықтамасы)		
8	еңбек қызметін растайтын құжаттың көшірмесі және (немесе) өндірістегі еңбек сипаты мен еңбек жағдайлары туралы мәліметтер		
9	ДКК қорытындысы		
10	міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу (немесе қатыспау) фактісін растайтын құжат		
11	жазатайым оқиға туралы актінің көшірмесі		
12	Еңбек гигиенасы мен кәсіптік аурулар ұлттық орталығы қорытындысының көшірмесі		
13	себеп-салдарлық байланысты белгілеген тиісті қызмет саласындағы уәкілетті орган берген құжаттың көшірмесі		
14	еңбек (қызметтік) міндеттерін атқарумен байланысты жарақаттың немесе аурудың себеп-салдарлық байланысы туралы сот шешімінің көшірмесі		
15	мүгедектің тұрғын үй-тұрмыстық жағдайын тексеру актісі		

Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындысына сәйкес куәландыруды (қайта куәландыруды) үйде, стационарда, сырттай жүргізуге келісім беремін (қажетінің асты сызылсын).

Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеуге және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындауға қажетті менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Дәйексіз мәліметтер мен жасанды құжаттарды ұсынғаны үшін жауапкершілік туралы ескертілдім.

20 ____ жылғы " ____ " _____ Өтініш берушінің қолы _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2015 жылғы 28 желтоқсандағы
№ 1049 бұйрығына 2-қосымша
"Мүгедектікті және/немесе еңбек
ету қабілетінен айырылу дәрежесін
белгілеу және/немесе қажетті
әлеуметтік қорғау шараларын айқындау"
мемлекеттік көрсетілетін қызмет
стандартына 2-қосымша

Нысан

Құжаттарды қабылдаудан бас тарту туралы қолхат

"Қазақстан Республикасында мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы" 2005 жылғы 13 сәуірдегі Қазақстан Республикасы Заңының 13-бабының 2-1-тармағын басшылыққа ала отырып, Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің ____ облысы (қаласы) бойынша департаментінің ____ бөлімі Сіздің

мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартында көзделген тізбеге сәйкес қолдану мерзімі өткен құжаттарды және (немесе) құжаттардың толық емес топтамасын ұсынуыңызға байланысты "Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындау" мемлекеттік қызметін көрсетуге құжаттарды қабылдаудан бас тартады, атап айтқанда:

қолдану мерзімі өткен / жоқ құжаттардың атауы:

- 1) _____;
- 2) _____;
- 3) _____.

Осы қолхат әрбір тарап үшін бір-бірден 2 данада жасалды.

Медициналық-әлеуметтік сараптама маманының (қолы)

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)

Алдым: _____

көрсетілетін қызметті алушының тегі, аты, (қолы)

әкесінің аты (ол болған кезде)

20 ____ жылғы " ____ " _____