

**"Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу кезінде қалыптастырылатын құжаттардың нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің орынбасары – Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы**

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2024 жылғы 27 желтоқсандағы № 493 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2024 жылғы 28 желтоқсанда № 35557 болып тіркелді

      БҰЙЫРАМЫН:

      1. "Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу кезінде қалыптастырылатын құжаттардың нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің орынбасары – Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 33209 болып тіркелген) мынадай өзгерістер енгізілсін:

      көрсетілген бұйрыққа 1, 2, 3, 4, 5 және 6-қосымшалары осы бұйрықтың 1, 2, 3, 4, 5 және 6-қосымшаларына сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

      2. Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің Әдістеме және медициналық-әлеуметтік сараптаманы жетілдіру департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

      1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

      2) осы бұйрық ресми жарияланғаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

      3) осы бұйрық Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің Заң қызметі департаментіне ұсынуды қамтамасыз етсін.

      3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау вице-министріне жүктелсін.

      4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

|  |  |
| --- | --- |
| *Қазақстан Республикасы*  *Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі* | *С. Жакупова* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2024 жылғы 27 желтоқсандағы № 493 бұйрығына 1-қосымша |
|  | Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің  орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына 1-қосымша |

      Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің \_\_\_\_\_\_бойынша департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по\_\_\_\_\_\_ Мүгедектік және кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтамаларды есепке алу журналы Журнал учета справок об инвалидности и степени утраты профессиональной трудоспособности отдела\_\_\_\_\_\_\_**

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды

      начат "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

      окончен "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

**Мүгедектік туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу Учет движения справок об инвалидности**

      (1 - 50 бет)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Саны /Количество |  | Берілді Выдано |  |  |
| № | Күні  Дата | Мүгедектік туралы анықтаманың сериясы, № Серия, № справки об инвалидности | Алынды  Получено | Берілді  Выдано | Бөлім  Отдел | Алушының  тегi, аты,  әкесiнiң аты  (бар болса),  қолы  Фамилия,  имя ,  отчество (при его  наличии),  подпись  получателя | Қалдық (саны)  Остаток (количество) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

**Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу Учет движения справок о степени утраты профессиональной трудоспособности**

      (50 - 100 бет)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Саны /Количество |  | Берілді Выдано |  |  |
| № | Күні  Дата | Мүгедектік туралы анықтаманы ң сериясы, № Серия, № справки об инвалидности | Алынды  Получено | Берілді  Выдано | Бөлім  Отдел | Алушының  тегi, аты,  әкесiнiң аты  (бар болса),  қолы  Фамилия,  имя ,  отчество ( при его наличии),  подпись  получателя | Қалдық (саны)  Остаток (количество) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

**Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
| Үлгі | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа ( ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының орынбасары  Заместитель руководителя.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (бар болса), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

**Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2024 жылғы 27 желтоқсандағы № 493 бұйрығына 2-қосымша |
|  | Қазақстан Премьер-Министрінің  орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына 2-қосымша |

      Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің\_\_\_\_\_\_бойынша департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_бөлімінің мүгедектік туралы анықтаманы беруді тіркеу журналы Журнал регистрации выдачи справки об инвалидности отдела\_\_\_\_\_\_**

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды

      начат "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

      окончен "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Күні  Дата | Тегі, аты,  әкесінің аты (бар болса)  Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Мүгедектік  тобы, себебі  Группа,  причина  инвалидности | Мүгедектік  мерзімі  Срок  инвалидности | Анықтаманың  сериясы, №  Серия, №  справки | Алушының  қолы  Подпись  получателя |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

**Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
| Үлгі | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа ( ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының орынбасары  Заместитель руководителя.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (бар болса), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

**Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2024 жылғы 27 желтоқсандағы № 493 бұйрығына 3-қосымша |
|  | Қазақстан Премьер-Министрінің  орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына 3-қосымша |

      Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің\_\_\_\_\_\_бойынша департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_бөлімінің Жалпы еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтаманы беруді тіркеу журналы Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты общей трудоспособности отдела\_\_\_\_\_**

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды

      начат "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

      окончен "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Күні  Дата | Тегі, аты,  әкесінің аты (бар болса)  Фамилия, имя, отчество (при его  наличии) | Жалпы  еңбекке  қабілеттілікте  н айырылу  дәрежесі  Степень  утраты общей  трудоспособн  ости | Жалпы  еңбекке  қабілеттілікте  н айырылу  мерзімі/  Срок утраты  общей  трудоспособности | Анықта  маның  сериясы, №  Серия, №  справки | Алушының  қолы  Подпись  получателя |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

**Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
| Үлгі | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа ( ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының орынбасары  Заместитель руководителя.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (бар болса), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

**Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2024 жылғы 27 желтоқсандағы № 493 бұйрығына 4-қосымша |
|  | Қазақстан Премьер-Министрінің  орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына 4-қосымша |

      Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің\_\_\_\_\_\_бойынша департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_бөлімінің Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтаманы және кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан және медициналық-әлеуметтік сараптама актісінен үзінді көшірмені беруді тіркеу журналы Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты профессиональной трудоспособности и выписки из справки о степени утраты профессиональной трудоспособности и акта медико-социальной экспертизы отдела\_\_\_\_\_**

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды

      начат "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

      окончен "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Күні  Дата | Тегі, аты,  әкесінің аты (бар болса)  Фамилия, имя, отчество (при его  наличии) | Кәсіптік  еңбекке  қабілеттіліктен айырылу  дәрежесі  Степень  утраты  профессиональной  трудоспособности | Кәсіптік  еңбекке  қабілеттіліктен айырылу  мерзімі  Срок утраты  профессиональной  трудоспособности | Анықта  маның  сериясы, №  Серия, №  справки | Алушының  қолы  Подпись  получателя |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

**Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
| Үлгі | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа ( ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының орынбасары  Заместитель руководителя.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (бар болса), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

**Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2024 жылғы 27 желтоқсандағы № 493 бұйрығына 5-қосымша |
|  | Қазақстан Премьер-Министрінің  орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына 5-қосымша |

      Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің\_\_\_\_\_\_бойынша департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ бөлімінің зардап шеккен жұмыскердің қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы қорытындыларды беруді тіркеу журналы Журнал регистрации выдачи заключений о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе отдела\_\_\_\_\_\_**

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды

      начат "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

      окончен "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Күні  Дата | Тегі, аты,  әкесінің аты (бар болса)  Фамилия, имя,  отчество (при его наличии) | Қосымша көмек  түрлеріне және  күтімге мұқтаж  Нуждается в дополнительных видах помощи и  уходе | Қорытындының  сериясы, №  Серия, №  заключения | Алушының  қолы  Подпись  получателя |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
| Үлгі | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа ( ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының орынбасары  Заместитель руководителя.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (бар болса), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

**Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2024 жылғы 27 желтоқсандағы № 493 бұйрығына 6-қосымша |
|  | Қазақстан Премьер-Министрінің  орынбасары - Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі 2023 жылғы 28 шілдедегі № 318 бұйрығына 6-қосымша |

      Нысан

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Халықты әлеуметтік қорғау саласындағы реттеу және бақылау комитетінің\_\_\_\_\_\_бойынша департаменті Департамент Комитета регулирования и контроля в сфере социальной защиты по\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_бөлімінің Медициналық-әлеуметтік сараптама актілерінің қозғалысын есепке алу журналы Журнал учета движения актов медико-социальной экспертизы отдела \_\_\_\_\_\_**

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды

      20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды

      начат "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

      окончен "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Күні  Дата | Тегі, аты,  әкесінің аты (бар болса)  Фамилия, имя, отчество (при его  наличии) | Туған күні  Дата рождения | Бөлім  Отдел | Соңғы  куәландырылған күні  Дата  последнего  освидетельс  твования | Қорытынды (мүгедектік тобы, себебі,  мерзімі,  жалпы  еңбекке  қабілеттіліктен айырылу  дәрежесі мен  мерзімі,  кәсіптік  еңбекке  қабілеттіліктен айырылу  дәрежесі,  себебі,  мерзімі)  Заключение (группа,  причина, срок  инвалидности, степень и срок утраты  общей  трудоспособности, степень,  причина, срок  утраты  профессиональной  трудоспособности) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Қандай құжаттың негізінде  На основании какого документа | Кімге берілді, қайда  жіберілді. Мекенжайы  Кому передано, куда  направлено. Адрес  подпись отправителя | Жіберушінің тегі, аты,  әкесінің аты (бар болса),  қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии),  подпись отправителя | Ескертпе  Примечание |
| 8 | 9 | 10 | 11 |

**Журнал толтыру басталғанға дейін нөмірленуге, тігілуге және басшының орынбасарының мөртабанымен және қолымен бекітілуі қажет.**

|  |  |
| --- | --- |
| Үлгі | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа ( ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының орынбасары  Заместитель руководителя.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (бар болса), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

**Журналға енгізілген барлық түзетулер, толықтырулар, өзгерістер ескертіліп, бөлім басшысының қолымен және мөртабанымен бекітілуі қажет.**

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК