



**СОВЕТ МИНИСТРОВ  
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 07 июня 2016 года № 300

г. Луганск

**Об утверждении Порядка  
подтверждения факта рождения ребенка вне учреждений  
здравоохранения Луганской Народной Республики**

В целях урегулирования вопросов, связанных с обеспечением государственной регистрации рождения ребенка в случае его рождения вне учреждений здравоохранения Луганской Народной Республики, в соответствии со статьями 28, 41 Закона Луганской Народной Республики от 25.06.2014 №14-І «О системе исполнительных органов государственной власти Луганской Народной Республики», Совет Министров Луганской Народной Республики постановляет:

1. Утвердить прилагаемый Порядок подтверждения факта рождения ребенка вне учреждений здравоохранения Луганской Народной Республики.
2. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Временно исполняющий обязанности  
Председателя Совета Министров  
Луганской Народной Республики

С. Иванушкин

УТВЕРЖДЕН  
постановлением Совета Министров  
Луганской Народной Республики  
от 07 июня 2016 года № 300

**Порядок  
подтверждения факта рождения ребенка вне учреждений  
здравоохранения Луганской Народной Республики**

1. Настоящий Порядок подтверждения факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения Луганской Народной Республики (далее - Порядок) определяет процедуру подтверждения медицинской консультационной комиссией (далее - Комиссия) факта рождения женщиной ребенка вне учреждений здравоохранения (далее - факт рождения ребенка) в случае, когда такими учреждениями не проводился осмотр женщины и ребенка.

2. Порядок образования Комиссии и положение о ней утверждаются Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики.

3. Комиссия рассматривает вопрос относительно подтверждения факта рождения ребенка по письменному заявлению женщины, которая родила ребенка, или ее мужа, родственников, других лиц, представителей службы по делам детей (далее - заявитель).

4. Заявитель не позднее семи рабочих дней со дня рождения ребенка вне учреждения здравоохранения, факт рождения которого требует подтверждения, подает на рассмотрение Комиссии следующие документы:

1) письменное заявление (в произвольной форме);  
2) паспорт или иной документ, удостоверяющий личность;  
3) обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы или выписку из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного утвержденной формы первичной медицинской документации № 113/у или № 027/у;

4) результаты анализов, ультразвукового исследования, проведенных во время беременности женщины, которая родила ребенка вне учреждения здравоохранения;

5) копию карточки вызова медицинской скорой помощи утвержденной формы первичной медицинской документации по форме № 109/у;

6) справку о генетическом родстве между женщиной, которая родила ребенка вне учреждения здравоохранения, и ребенком;

7) медицинскую справку согласно приложению №1 врачебно-консультационной комиссии учреждения здравоохранения об осмотре ребенка, родившегося вне учреждения здравоохранения и медицинскую справку согласно приложению №2 врачебно-консультационной комиссии

учреждения здравоохранения об осмотре женщины для подтверждения факта рождения ребенка;

8) другие документы, которые подтверждают предоставление медицинской помощи женщине в связи с родами.

5. Документы, указанные в подпунктах 3 - 8 пункта 4 настоящего Порядка, представляются заявителем в случае их наличия.

6. В случае отсутствия медицинских справок, указанных в подпункте 7 пункта 4 настоящего Порядка, Комиссия принимает решение об обязательном осмотре женщины и ребенка и направляет их для проведения такого осмотра в учреждение здравоохранения.

Решение о подтверждении факта рождения ребенка принимается в случае совпадения вероятной даты родов женщины с достоверным возрастом ребенка или наличия справки о генетическом родстве между женщиной, которая родила ребенка вне учреждения здравоохранения, и ребенком.

7. По результатам анализа документов, указанных в пункте 4 настоящего Порядка, Комиссия не позднее десяти календарных дней с момента их получения принимает решение о подтверждении или отказе в подтверждении факта рождения ребенка и составляет заключение по форме согласно приложению № 3 в двух экземплярах.

Один экземпляр заключения выдается заявителю (в случае подтверждения факта рождения ребенка) для предъявления в органы государственной регистрации актов гражданского состояния или немедленно направляется в Министерство внутренних дел Луганской Народной Республики (в случае отказа в подтверждении факта рождения ребенка), а второй - остается в Комиссии.

В случае отказа в подтверждении факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения Комиссия незамедлительно направляет соответствующую информацию в органы опеки по месту нахождения ребенка.

8. После подтверждения факта рождения ребенка учреждение здравоохранения, под наблюдением которого находится ребенок, выдает на основании заключения Комиссии заявителю медицинскую справку о пребывании ребенка под наблюдением лечебного учреждения по форме №103-1/у, утвержденной Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики, которая является основанием для проведения государственной регистрации рождения ребенка в органах государственной регистрации актов гражданского состояния.

Исполняющий обязанности  
Министра Совета Министров  
Луганской Народной Республики

Н. Хоршева

Приложение № 1  
к Порядку подтверждения факта рождения  
ребенка вне учреждений здравоохранения  
Луганской Народной Республики

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА**  
**врачебно – консультационной комиссии**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения, при котором создана комиссия)  
**об осмотре ребенка, родившегося вне учреждения здравоохранения**

от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

Дата постановки на учет ребенка в учреждении здравоохранения  
\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Вероятная дата рождения ребенка \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Пол ребенка: мальчик, девочка (нужное подчеркнуть).

При взятии на учет: вес ребенка \_\_\_\_\_, рост ребёнка \_\_\_\_\_

состояние здоровья ребёнка

Председатель комиссии

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

Члены комиссии:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

Главный врач

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

\_\_\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

М. П.

Получатель справки

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение № 2  
к Порядку подтверждения факта рождения  
ребенка вне учреждений здравоохранения  
Луганской Народной Республики

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА**  
**врачебно – консультационной комиссии**

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения, при котором создана комиссия)

**об осмотре женщины, для подтверждения факта рождения ею ребёнка вне  
учреждения здравоохранения**

от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Дата рождения женщины \_\_\_\_\_

Дата осмотра женщины \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Результаты осмотра женщины врачом акушером-гинекологом учреждения  
здравоохранения \_\_\_\_\_

Вероятная дата родов \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Председатель  
комиссии

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

Члены комиссии:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

Главный врач

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

М. П.

Получатель справки

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Приложение № 3  
к Порядку подтверждения факта рождения  
ребенка вне учреждений здравоохранения  
Луганской Народной Республики

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**о подтверждении (отказе в подтверждении) факта рождения ребенка вне**  
**учреждения здравоохранения Луганской Народной Республики**

Медицинская консультационная комиссия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование исполнительного органа государственной власти, при котором образована комиссия)  
по результатам рассмотрения заявления

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя и отчество заявителя)  
на основании паспорта или иного документа, удостоверяющего личность,

\_\_\_\_\_  
(серия, номер, кем и когда выдан)

обменной карты родильного дома, родильного отделения больницы или  
выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по форме  
№ 113/у или 027/у (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения, выдавшего обменную карту или выписку, дата  
постановки на учет женщины, дата выдачи выписки)

результатов анализов, УЗИ, проведенных во время беременности женщины,  
родившей ребенка вне учреждения здравоохранения (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения, которым проведено анализы и исследования, дата их  
проведения)

копии карточки вызова медицинской скорой помощи по форме № 109 /у (при  
наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения, которым выдана карточка, дата ее выдачи)

справки о генетическом родстве между женщиной, которая родила ребенка вне  
учреждения здравоохранения и ребенком (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения, которым выдана справка, дата ее выдачи)

медицинской справки врачебно-консультационной комиссии учреждения здравоохранения об осмотре ребенка, родившегося вне учреждения здравоохранения (от \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_), и медицинской справки врачебно-консультационной комиссии учреждения здравоохранения об осмотре женщины для подтверждения факта рождения ею ребенка вне учреждения здравоохранения (от \_\_\_\_ 20 г. № \_\_\_\_)

\_\_\_\_\_,  
(наименование учреждения здравоохранения, которым выданы справки)

других документов, подтверждающих оказания медицинской помощи женщине в связи с родами (при наличии) \_\_\_\_\_

установила:

фамилия, имя и отчество матери \_\_\_\_\_

дата рождения ребенка \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

пол ребенка: мальчик, девочка (нужное подчеркнуть)

фактическое место родов

\_\_\_\_\_  
(при наличии информации)

и решила \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подтвердить факт или отказать в подтверждении факта рождения ребенка вне учреждения здравоохранения (необходимо указать))

Председатель  
комиссии

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

Члены комиссии:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

Главный врач

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы и фамилия)

\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

М. П.

