



**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минтруд ЛНР)**

ПРИКАЗ

17 декабря 2018

№ 170

г. Луганск

Зарегистрировано в Министерстве юстиции
Луганской Народной Республики
08.01.2019 за № 4/2553

Об утверждении форм бланков документов по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики

В соответствии со статьями 29, 30, 42 Закона Луганской Народной Республики от 25.06.2014 № 14-І «О системе исполнительных органов государственной власти Луганской Народной Республики» (с изменениями) и подпунктом 16 пункта 4.1 Положения о Министерстве труда и социальной политики Луганской Народной Республики (новая редакция), утвержденного постановлением Совета Министров Луганской Народной Республики от 30.09.2016 № 519 (с изменениями), во исполнение Порядка обеспечения техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов и других отдельных категорий граждан Луганской Народной

Республики, утвержденного постановлением Совета Министров Луганской Народной Республики от 08.09.2015 № 02-04/271/15, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые формы бланков документов по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики:

1.1. Заявление о взятии на учет (приложение № 1).

1.2. Заявление о замене технического или другого средства реабилитации (приложение № 2).

1.3. Карточка по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации (приложение № 3).

1.4. Направление на обеспечение техническими и другими средствами реабилитации (приложение №4).

1.5. Журнал регистрации заявлений на обеспечение техническими и другими средствами реабилитации (приложение № 5).

1.6. Заказ на изготовление протезно-ортопедических изделий (приложение № 6).

1.7. Заказ на изготовление ортопедической обуви (приложение № 7).

1.8. Заказ на выдачу технического средства реабилитации (приложение № 8).

1.9. Карта протезирования (приложение № 9).

1.10. Потребность в технических и других средствах реабилитации(приложение № 10).

1.11. Государственное задание по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 11).

1.12. Государственное задание по обеспечению протезами молочных желез инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 12).

1.13. Государственное задание по обеспечению креслами колесными инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 13).

1.14. Государственное задание по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 14).

1.15. Заказ к Государственному заданию по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 15).

1.16. Заказ к Государственному заданию по обеспечению протезами молочных желез инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 16).

1.17. Заказ к Государственному заданию по обеспечению креслами колесными инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 17).

1.18. Заказ к Государственному заданию по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 18).

1.19. Акт сверки на изготовленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики, включенные в Государственное задание по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями (приложение № 19).

1.20. Акт сверки на изготовленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики, имеющим право на первоочередное/внеочередное обслуживание (приложение № 20).

1.21. Акт сверки на закупленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики, включенные в Государственное задание по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями (приложение № 21).

1.22. Акт сверки на закупленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным

категориям граждан Луганской Народной Республики, имеющим право на первоочередное/внеочередное обслуживание (приложение № 22).

1.23. Акт сверки на закупленные и выданные вспомогательные средства для личного ухода и защиты инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 23).

1.24. Акт сверки нафактически выполненные работы по гарантийному и послегарантийному ремонту технических и других средств реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 24).

1.25. Выписка из реестра на изготовленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 25).

1.26. Выписка из реестра на закупленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 26).

1.27. Выписка из реестра на фактически выполненные работы по гарантийному и послегарантийному ремонту технических и других средств реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 27).

1.28. Списки лиц по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 28).

1.29. Списки лиц по обеспечению протезами молочных желез инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 29).

2. Управлениям (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района Луганской Народной Республики ежемесячно первого числа месяца, следующего за отчетным, формировать и направлять в Министерство труда и социальной политики Луганской Народной Республики «Потребность в технических и других средствах реабилитации по городу и/или району Луганской Народной Республики».

3. Государственному унитарному предприятию Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод» подекадно направлять сформированные выписки из реестров в Министерство труда и социальной политики Луганской Народной Республики и управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района

Луганской Народной Республики в электронном виде. Электронная копия выписок из реестров должна быть подготовлена в формате XLS, а также в формате PDF одним файлом с обязательным наличием всех реквизитов, печатей, штампов и соответствующих подписей, даты и номера.

4. Управлениям (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района Луганской Народной Республики в течение 5-ти рабочих дней осуществлять проверку данных о лицах и полученных технических и других средствах реабилитации, указанных в выписках из реестров; заполнять карточку по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации; формировать акты сверки.

5. Управлениям (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района Луганской Народной Республики направлять по итогам проведенной работы, оформленные должным образом акты сверки в адрес Государственного унитарного предприятия Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод» для подписания.

6. Государственному унитарному предприятию Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод» направлять подписанные управлениями (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района Луганской Народной Республики и Государственным унитарным предприятием Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод» акты сверки в адрес Министерства труда и социальной политики Луганской Народной Республики.

7. Государственному унитарному предприятию Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод» выявленные управлениями (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района Луганской Народной Республики несоответствия в выписках из реестров и отраженные в актах сверки устранять в течение 3-х дней путем внесения в выписки из реестров соответствующих поправок и изменений, о чем информировать Министерство труда и социальной политики Луганской Народной Республики.

8. Управлениям (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района Луганской Народной Республики по запросу Министерства труда и социальной политики Луганской Народной Республики направлять оформленные должным образом заказы к Государственным заданиям.

9. Управлениям (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района Луганской Народной Республики совместно с Государственным унитарным предприятием Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод», на этапе формирования заказов

к Государственным заданиям, в течение 5-ти рабочих дней формировать и подписывать списки лиц, подлежащих обеспечению протезно-ортопедическими изделиями, в том числе протезами молочных желез, лифами к протезам молочных желез, компрессионными рукавами при лимфодемии, в рамках формируемых заказов к Государственным заданиям.

10. Начальникам управлений (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района Луганской Народной Республики и директору Государственного унитарного предприятия Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод» подписывать списки лиц, подлежащих обеспечению в рамках заказа к Государственному заданию. Подписанные списки, по одному экземпляру, хранить в управлении (по вопросам) труда и социальной защиты населения Администрации города и/или района Луганской Народной Республики и Государственном унитарном предприятии Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод». Списки могут подлежать корректировке по предложению одной из сторон, но не более чем 1 раз в месяц.

11. Признать утратившим силу приказ Министерства труда и социальной политики Луганской Народной Республики от 27.05.2016 № 80 «Об утверждении форм бланков документов для предоставления технических средств реабилитации, отчетных форм по их обеспечению и проведении сверки реестров по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Луганской Народной Республики 15.06.2016 за № 263/610.

12. Направить настоящий приказ в Министерство юстиции Луганской Народной Республики для государственной регистрации в установленном порядке.

13. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра труда и социальной политики Луганской Народной Республики Макаренко Е.С.

14. Настоящий приказ вступает в силу по истечении 10 (десяти) дней после дня его официального опубликования.

И.о. Министра

С. А. Малахова

Приложение № 1
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

(наименование управления (по вопросам) труда и
социальной защиты населения администрации города
и/или района Луганской Народной Республики)

(фамилия, имя, отчество)

Адрес фактического места проживания:

Заявление о взятии на учет

Прошу обеспечить

(наименование изделия)

согласно заключения МСЭК или ВКК и на основании индивидуальной программы реабилитации (необходимое подчеркнуть).

Мне разъяснено, что обеспечение техническими и другими средствами реабилитации осуществляется управлением (по вопросам) труда и социальной защиты населения администрации города и/или района Луганской Народной Республики (далее – Управление) без права их продажи, дарения и передачи другим лицам в течение срока, на который выдаются такие средства. Технические и другие средства реабилитации, срок эксплуатации которых истек, возврату не подлежат.

Я предупрежден(а), что:

могу отказаться от технического и другого средства реабилитации на основании письменного заявления и данное средство в таком случае выдается следующему по списку инвалиду, ребенку-инвалиду, другому лицу, которые состоят на учете и нуждаются в таких средствах. В случае отсутствия данного заявления составляется акт об отказе;

в случае бесплатного получения мной технических и других средств реабилитации за счет других поступлений, в частности, как благотворительную или гуманитарную помощь, мне не выдается данное средство за счет Государственного бюджета Луганской Народной Республики и я считаюсь обеспеченным(ой) соответствующим средством реабилитации на срок его эксплуатации;

в случае отказа от технического и другого средства реабилитации я буду снят(а) с учета, за исключением таких причин: изменение медицинских показаний, что подтверждается индивидуальной программой реабилитации, заключением МСЭК или ВКК, в период между подачей заявления и фактическим изготовлением средства реабилитации; в случае получения мной некачественного технического средства реабилитации или такого, которое не соответствует требованиям, указанным в заявлении.

В случае получения мной некачественного технического средства реабилитации или такого, которое не соответствует требованиям, указанным в заявлении, специалистом Управления или отделения Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Луганской Народной Республики составляется акт о непригодности к эксплуатации или ненадлежащем качестве соответствующего средства. Такое техническое средство реабилитации возвращается Государственному унитарному предприятию Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод», а мне вне очереди выдается другое техническое средство реабилитации за счет средств поставщика.

Предоставление мной документов, которые содержат заведомо ложные сведения, является основанием для отказа постановке меня на учет.

В случае смерти инвалида, ребенка-инвалида, других отдельных категорий граждан, выданное бесплатно техническое или другое средство реабилитации, срок эксплуатации которого не истек, возвращается членами семьи умершего инвалида или другого лица Управлению в полном комплекте.

К заявлению прилагаются документы, предусмотренные нормативными правовыми актами Луганской Народной Республики.

Настоящим заявлением даю согласие на сбор и обработку персональных данных, которые необходимы для предоставления технических и других средств реабилитации и несу полную ответственность за достоверность предоставленной информации.

Со статьей 403 Уголовного Кодекса Луганской Народной Республики в соответствии с которой предусмотрена ответственность за подделку, изготовление или сбыт поддельных документов, государственных наград, штампов, печатей, бланков, ознакомлен(а).

(дата)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Ответственное лицо _____

(должность)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Заявление и документы на ____ листах приняты " ____ " _____ 20__ г. и зарегистрированы за № ____. Дополнительно для рассмотрения заявления необходимо донести до " ____ " _____ 20__ г. следующие документы: _____ _____ / _____ / ознакомлен(а) _____ (подпись и фамилия ответственного лица) (подпись заявителя, законного представителя, уполномоченного лица)	
✂----- (линия отреза) -----	
Заявление и документы на ____ листах приняты " ____ " _____ 20__ г. и зарегистрированы за № ____. Дополнительно для рассмотрения заявления необходимо донести до " ____ " _____ 20__ г. следующие документы: _____ _____ / _____ / ознакомлен(а) _____ (подпись и фамилия ответственного лица) (подпись заявителя, законного представителя, уполномоченного лица)	

Приложение № 2
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

(наименование управления (по вопросам) труда и
социальной защиты населения администрации города
и/или района Луганской Народной Республики)

(фамилия, имя, отчество)

Адрес фактического места проживания: _____

Заявление о замене технического или другого средства реабилитации

Прошу произвести замену

(наименование технического или другого средства реабилитации)

Документы, которые прилагаются к заявлению, предусматриваются
нормативно-правовыми актами, утвержденными Луганской Народной
Республикой.

Заявление и документы на ____ листах приняты " ____ " _____ 20__ г. и
зарегистрированы за № _____.

Дополнительно для рассмотрения заявления необходимо донести до
" ____ " _____ 20__ г. следующие документы: _____

_____/_____/_____ ознакомлен(а) _____
(подпись и фамилия ответственного лица)(подпись заявителя, законного представителя, уполномоченного лица)

✂----- (линия отреза) -----

Заявление и документы на ____ листах приняты " ____ " _____ 20__ г. и
зарегистрированы за № _____.

Дополнительно для рассмотрения заявления необходимо донести до
" ____ " _____ 20__ г. следующие документы: _____

_____/_____/_____ ознакомлен(а) _____
(подпись и фамилия ответственного лица) (подпись заявителя, законного представителя, уполномоченного лица)

Приложение № 3
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

КАРТОЧКА
по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации

(фамилия, имя, отчество)

Льготная категория _____

категория инвалидности _____ группа _____

Паспорт/паспортный документ, удостоверяющий личность физического лица, проживающего на территории Луганской Народной Республики (свидетельство о рождении для детей до 16 лет):

серия _____ № _____ выдан _____

Адрес фактического места проживания: _____

Обеспечение:

Название изделия и шифр	Кол-во, ед. (для обуви-полупар)	Дата получения	Название предприятия или учреждения, которые выдали изделие	Срок гарантийного обслуживания	Срок очередного обеспечения	Подпись ответственного лица
1	2	3	4	5	6	7

Начальник управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

(подпись)

Ф.И.О.

Приложение № 4
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

НАПРАВЛЕНИЕ
на обеспечение техническими и другими средствами реабилитации

от _____ № _____
выдано _____
(фамилия, имя, отчество)
который (-ая) проживает по адресу _____
Паспорт/паспортный документ, удостоверяющий личность физического лица,
проживающего на территории Луганской Народной Республики (свидетельство о рождении
для детей до 16 лет): серия _____ № _____
выдан _____
(кем выдан, дата выдачи)
контактный телефон _____
для обеспечения _____
(название изделия)
в количестве _____
Срок действия направления: до _____ 20 _____ г.
Начальник УТСЗН _____
(подпись) (Ф.И.О. начальника)
М.П.
✂----- (линия отреза)-----

Подтверждение получения технического или другого средства реабилитации
Направление от _____ № _____ на _____
выдано _____,
(фамилия, имя, отчество ответственного лица, который выдал направление, полное наименование органа
социальной защиты населения)
получено _____
(фамилия, имя, отчество получателя направления)

№ Заказа	Наименование изделия	Дата получения	Подпись получателя

_____ (название должности) _____ М.П. (подпись) _____ (Ф.И.О.)
✂----- (линия отреза)-----
Направление от _____ № _____ на обеспечение _____
(тип изделия)
выдано _____,
(фамилия, имя, отчество ответственного лица, которое выдал направление)
получено _____
(фамилия, имя, отчество получателя направления)
Срок действия направления: до _____ 20 _____ г.
(указывается срок действия направления: пожизненно или с указанием конкретной даты)
Получил (ла) _____
(фамилия, имя, отчество ответственного лица) (подпись заявителя, законного представителя, уполномоченного лица)

Приложение № 5
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

Ж У Р Н А Л
регистрации заявлений на обеспечение техническими и другими средствами реабилитации

(наименование управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения администрации города и/или района Луганской Народной Республики)

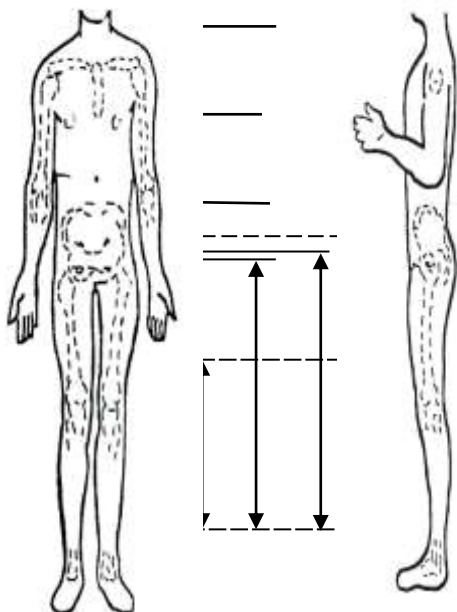
[illegible]

ЗАКАЗ
на изготовление протезно-ортопедических изделий

№ _____
(направление от _____ № _____)

дата _____ к карте протезирования № _____

1. Ф.И.О. _____
2. Дата рождения _____
3. Работающий _____
(да / нет)
4. Адрес регистрации места проживания: _____
Адрес фактического места проживания _____
5. Контактный телефон _____
6. Паспорт/паспортный документ, удостоверяющий личность физического лица,
проживающего на территории Луганской Народной Республики: серия _____,
№ _____, выданный _____
(кем выдан, дата выдачи)
7. Свидетельство о рождении: серия _____, № _____, выдано _____
(кем выдано, дата выдачи)
8. Пенсионное удостоверение: серия _____, № _____, выдано _____
(кем выдано, дата выдачи)
9. Категория инвалидности _____, группа _____
10. Антропометрические данные: вес _____ рост _____
11. Диагноз _____
12. Назначения врача _____



Врач _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Техник _____
(Ф.И.О.) (подпись)

13. С назначением ознакомлен (на):

_____ (Ф.И.О. заказчика) _____ (подпись)

14. Заказ утверждаю: начальник медицинского отдела _____
(Ф.И.О.) (подпись)

15. Вид изделия _____

Код изделия по номенклатуре _____ Шифр _____

Особенности изготовления _____

Дата передачи в производство _____ Срок примерки _____

16. Основные комплектующие и материалы:

Наименование полуфабрикатов	Индекс	Количество	Цена	Сумма
Наименование материалов		дм кв	Дата	Подпись

Наименование операции	Дата изготовления	Подпись
Гипсовая модель		
Комплектовка		
Блоковка		
Вакуумное формование гильзы		
Сборка на примерку		
Сборка после примерки		
Косметическая обработка		
Шорно-седельные работы		
Швейные работы		

This image shows a full page of blank handwriting practice paper. It features 20 evenly spaced, horizontal blue lines that run across the entire width of the page. The lines are uniform in thickness and color, providing a guide for letter height and placement. There are no margins, text, or other markings on the page.

19. Результат примерки:

Дата вызова на примерку	Дата примерки	Результат примерки	Замечания пациента	Меры по устранению недостатков	Подпись

20. Дата изготовления изделия _____ Дата приглашения на получение

Принял ОТК «____» _____ 20__ г. _____
(подпись)

Сдан на склад АКТ № _____ от «____» _____ 20__ г.

Начальник протезного цеха _____
(подпись)

Начальник отдела обслуживания инвалидов и других категорий граждан

(подпись)

Изделие получил (ла), претензий не имею: _____

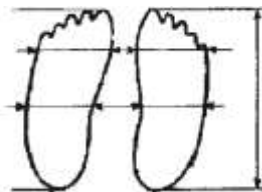
(Ф.И.О.) (подпись) (дата)

Замечания, предложения, пожелания пациента _____

ЗАКАЗ № _____
на изготовление ортопедической обуви

(направление от _____ № _____)
дата _____ к карте протезирования № _____

1. Ф.И.О. _____
2. Дата рождения _____
3. Работающий _____
(да / нет)
4. Адрес регистрации места проживания _____
Адрес фактического места проживания _____
5. Контактный телефон _____
6. Паспорт/паспортный документ, удостоверяющий личность физического лица, проживающего на территории Луганской Народной Республики: серия _____, № _____, дата выдачи _____
(кемвыдан, дата выдачи)
7. Свидетельство о рождении: серия _____ № _____, выдано _____
(кемвыдан, дата выдачи)
8. Пенсионное удостоверение: серия _____ № _____ выдано _____
(кемвыдан, дата выдачи)
9. Категория инвалидности _____, группа _____
10. Диагноз _____
11. Сопутствующие заболевания, осложнения _____
12. Назначение врача _____



13. Метод крепления _____ Ранта: открытый, закрытый _____
Подкладка: шерстяная, байковая, обычная _____
Материалы верха: хром, шевро _____
Материалы низа: кожа, каучук _____
Цвет обуви: черный, коричневый, беж _____
Каблуки: кожаные, деревянные _____ Высота каблука _____ см
Носки _____
Врач: _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

14. С назначением ознакомлен(на): _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Заказ утверждаю: начальник медицинского отдела _____
(Ф.И.О.) (подпись)

15. Вид изделия _____

16. Код изделия по номенклатуре _____ Шифр _____

17. Особенности изготовления _____

18. Антропометрические данные

№ п/п	Параметры	Правая нога	Левая нога
1	Длина стопы		
2	Периметр пучковой части		
3	Периметр в прямом подъеме		
4	Периметр в косом подъеме		
5	Периметр над косточками		
6	Высота берца		
7	Периметр на высоте берца		
8	Высота жестких берца		
9	Периметр мышц голени		

Техник _____

19. Дата передачи в производство _____ Срок примерки _____

20. Маршрутный наряд:

№ п/п	Наименование операции	Дата изготовления	Подпись
1	Подгонка и моделирование колодок		
2	Раскрой деталей низа обуви		
3	Моделирование и раскрой деталей верха обуви		
4	Сборка и пошив деталей верха обуви		
5	Затяжка верха обуви		
6	Наложка и обработка подошвы		

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

22. Результат примерки:

Дата вызова на примерку	Дата примерки	Результат примерки	Замечание пациента	Мероприятия по устранению недостатков	Под- пись

23. Дата изготовления изделия _____ Дата приглашения на получение

Принял ОТК « ____ » _____ 20 ____ г. _____

Сдан на склад АКТ № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Начальник обувного цеха _____
(подпись)

Начальник отдела обслуживания инвалидов и других категорий
граждан _____
(подпись)

Изделие получил (ла), претензий не имею: _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

(дата)

Замечания, предложения, пожелания пациента _____

Приложение № 8
к приказу Министерства труда
и социальной политики Луганской
Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

(наименование управления (по вопросам) труда и
социальной защиты населения администрации города
и/или района Луганской Народной Республики либо
предприятия, осуществляющего выдачу)

ЗАКАЗ
на выдачу технического средства реабилитации

№ _____ от _____ 20 ____ г.

Фамилия, имя, отчество инвалида (полностью)	
Идентификационный код	
Дата рождения	
Адрес	
Паспорт (серия, номер, дата выдачи и кем выдан)	
Документы, подтверждающие право на бесплатное обеспечение (документ, серия, номер, дата выдачи и кем выдан)	
Категория инвалидности, группа	
№, дата направления УТСЗН	

Перечень полученных изделий:

№ п/п	Наименование изделия с указанием шифра	Количе- ство	Цена	Сумма

Указанные изделия получил

Выдачу произвел

КАРТА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

№ _____

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ _____

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____

3. Пол _____

4. Адрес (регистрация) места постоянного проживания _____

Адрес фактического места проживания _____

Контактные телефоны _____

Адрес электронной почты (E-mail) _____

5. Паспорт/паспортный документ, удостоверяющий личность физического лица, проживающего на территории Луганской Народной Республики: серия _____, № _____, дата выдачи _____

(кемвыдан)

Свидетельство о рождении: серия _____ № _____ выдано _____

(кемвыдан, дата выдачи)

6. Пенсионное удостоверение: серия _____ № _____ выдано _____

(кем выдано, дата выдачи)

7. Категория инвалидности _____

8. Данные о трудовой деятельности: место работы _____

9. Диагноз _____

10. Сопутствующие заболевания _____

11. Анамнез (кратко, с указанием дат, указать характер травмы или заболевания, приведших к ампутации или иной патологии, проводимое лечение, место и дата получения первичной протезно-ортопедической помощи и т.д.) _____

12. Объективные данные по общему состоянию пациента, в т.ч. общее состояние опорно-двигательного аппарата _____

14. Группа мобильности инвалида

15. Заключение врача по оказанию протезно-ортопедической помощи, вида протезно-ортопедического изделия и средств реабилитации, лечения, наличия противопоказаний и прочее

Подпись инспектора по учёту _____ “ ____ ” _____ 20__ г.
(уполномоченного лица)

[illegible]

Приложение № 10
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

Потребность в технических и других средствах реабилитации

по Управлению (по вопросам) труда и социальной защиты населения

_____ Луганской Народной Республики
(администрации города и/или района)

по состоянию на _____
(период)

	Наименование изделия	Количество, единиц (для обуви - пар)	Количество лиц	Примечание
	Протезно-ортопедические изделия			
	1. Система ортезов на позвоночник			
	2. Система ортезов на верхние конечности			
	3. Система ортезов на нижние конечности			
	4. Система протезов верхних конечностей			
	5. Система протезов нижних конечностей			
	6. Протезы молочной железы			
	лифы для крепления протезов молочной железы			
	компрессионные рукава			

	7. Ортопедическая обувь, в парах			
	ортопедические стельки			
	Специальные средства для самообслуживания и ухода			
	8. Вспомогательные средства для личного ухода и защиты			
	9. Вспомогательные средства для личной гигиены			
	Вспомогательные средства для личной подвижности, перемещения и подъема			
	10. Средства для хождения, управляемые одной рукой			
	11. Средства для хождения, управляемые обеими руками			
	12. Вспомогательные средства для перемещения или переноса			
	КРЕСЛА КОЛЕСНЫЕ	Количество единиц	Количество лиц	Примечание
	13. Кресла колесные			
	14. Вспомогательные средства для подъема			
	Мебель и оснащение			
	15. Мебель			
	16. Оснащение			
	Специальные средства для общения и обмена информацией			
	17. Специальные средства для ориентирования, общения и обмена информацией			
	18. Слуховые аппараты			

Приложение № 11
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

УТВЕРЖДАЮ
Министр труда и социальной политики
Луганской Народной Республики

(подпись) (инициалы, фамилия)
«_____» _____
М.П.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗАДАНИЕ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ
ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

на _____
(период)

№ п/п	Название управлений (по вопросам) труда и социальной защиты населения административных городов и/или районов Луганской Народной Республики	Система ортезов на позвоночник, ед.	Система ортезов на верхние конечности, ед.	Система ортезов на нижние конечности, ед.	Система протезов верхних конечностей, ед.	Система протезов нижних конечностей, ед.	Ортопедическая обувь, пар
	Всего:						

Приложение № 12
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

УТВЕРЖДАЮ
Министр труда и социальной политики
Луганской Народной Республики

(подпись) (инициалы, фамилия)
«_____» _____
М.П.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗАДАНИЕ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОТЕЗАМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ИНВАЛИДОВ,
ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

на _____
(период)

№ п/п	Название управлений (по вопросам) труда и социальной защиты населения администратий городов и/или районов Луганской Народной Республики	Протезы молочных желез, ед.	Лифы к протезам молочных желез, ед.	Компрессионный рукав, ед.
	Всего:			

Приложение № 13
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

УТВЕРЖДАЮ
Министр труда и социальной политики
Луганской Народной Республики

(подпись) _____
(инициалы, фамилия)
«_____» _____
М.П.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗАДАНИЕ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КРЕСЛАМИ КОЛЕСНЫМИ ИНВАЛИДОВ,
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

на _____
(период)

№ п/п	Тип кресла колесного	Модель кресла колесного	Ширина сидения, см	Название управлений (по вопросам) труда и социальной защиты населения администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики						
	Всего:									

Приложение № 14
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

УТВЕРЖДАЮ
Министр труда и социальной политики
Луганской Народной Республики

(подпись) (инициалы, фамилия)
«_____» _____
М.П.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗАДАНИЕ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ТЕХНИЧЕСКИМИ И ДРУГИМИ СРЕДСТВАМИ
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

на _____
(период)

№ п/п	Наименование технического средства реабилитации	Название управлений (по вопросам) труда и социальной защиты населения администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики						
	Всего:							

Приложение № 15
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

**ЗАКАЗ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЗАДАНИЮ
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ,
ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

по территории _____
на _____
(период)

№ п/п	Название управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения администрации города и/или района Луганской Народной Республики	Система ортезов на позвоночник, ед.	Система ортезов на верхние конечности, ед.	Система ортезов на нижние конечности, ед.	Система протезов верхних конечностей, ед.	Система протезов нижних конечностей, ед.	Ортопедическая обувь, пар
	Всего единиц:						
	Всего лиц:						

Начальник управления (по вопросам) труда и
социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

(подпись)

М.П.

(инициалы, фамилия)

Приложение № 16
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

**ЗАКАЗ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЗАДАНИЮ
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОТЕЗАМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ
КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

по территории _____
на _____
(период)

№ п/п	Название управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения администрации города и/или района Луганской Народной Республики	Протезы молочных желез, ед.	Лифы к протезам молочных желез, ед.	Компрессионный рукав, ед.
	Всего единиц:			
	Всего лиц:			

Начальник управления (по вопросам) труда и
социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Приложение № 17
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

**ЗАКАЗ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЗАДАНИЮ
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КРЕСЛАМИ КОЛЕСНЫМИ ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ
ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

по территории _____
на _____
(период)

№ п/п	Тип кресла колесного	Модель кресла колесного	Ширина сидения, см	Название управлений (по вопросам) труда и социальной защиты населения администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики						
	Всего:									

Начальник управления (по вопросам) труда и
социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Приложение № 18
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

**ЗАКАЗ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЗАДАНИЮ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ
ТЕХНИЧЕСКИМИ И ДРУГИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ,
ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

по территории _____
на _____
(период)

№ п/п	Наименование технического средства реабилитации	Название управлений (по вопросам) труда и социальной защиты населения администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики						
	Всего:							

Начальник управления (по вопросам) труда и
социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Приложение № 19
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

АКТ СВЕРКИ

на изготовленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики, включенные в Государственное задание по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями

на _____
(период)

между _____
и Государственным унитарным предприятием Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод»

№ п/п	№ и дата выдачи направления	Ф.И.О.	Группа и категория инвалидности	Почтовый адрес	Номер и дата заказа	Наименование изделия	Кол-во изделий	Стоимость, руб.	Дата выдачи изделия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						Итого:			

Всего по акту сверки

порядковых номеров
общее количество единиц

Управление (по вопросам) труда
и социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

Начальник _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Государственное унитарное предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»:

Директор _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Приложение № 20
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

АКТ СВЕРКИ

на изготовленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики, имеющим право на первоочередное/внеочередное обслуживание

на _____
(период)

между _____
и Государственным унитарным предприятием Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод»

№ п/п	№ и дата выдачи направ- ления	Ф.И.О.	Группа и категория инвалид- ности	Почтовый адрес	Номер и дата заказа	Наименование изделия	Кол-во изде- лий	Стои- мость, руб.	Дата выдачи изде- лия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						Итого:			

Всего по акту сверки

порядковых номеров
общее количество единиц

Управление (по вопросам) труда
и социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

Начальник _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Государственное унитарное предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»:

Директор _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Приложение № 21
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

АКТ СВЕРКИ

на закупленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики, включенные в Государственное задание по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями

на _____
(период)

между _____
и Государственным унитарным предприятием Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод»

№ п/п	№ и дата выдачи направ- ления	Ф.И.О.	Группа и категория инвалид- ности	Почтовый адрес	Номер и дата заказа	Наименование изделия	Кол-во изде- лий	Стои- мость, руб.	Дата выдачи изделия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						Итого:			

Всего по акту сверки

порядковых номеров
общее количество единиц

Управление (по вопросам) труда
и социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

Начальник _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Государственное унитарное предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»:

Директор _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Приложение № 22
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

АКТ СВЕРКИ

на закупленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики, имеющим право на первоочередное/внеочередное обслуживание

на _____
(период)

между _____
и Государственным унитарным предприятием Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод»

№ п/п	№ и дата выдачи направ- ления	Ф.И.О.	Группа и категория инвалид- ности	Почтовый адрес	Номер и дата заказа	Наименование изделия	Кол-во изде- лий	Стои- мость, руб.	Дата выдачи изде- лия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						Итого:			

Всего по акту сверки

порядковых номеров
общее количество единиц

Управление (по вопросам) труда
и социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

Начальник _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Государственное унитарное предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»:

Директор _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Приложение № 23
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

АКТ СВЕРКИ

на закупленные и выданные вспомогательные средства для личного ухода и защиты инвалидам, детям-инвалидам,
другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики

на _____
(период)

между _____
и Государственным унитарным предприятием Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод»

№ п/п	№ и дата выдачи направ- ления	Ф.И.О.	Группа и категория инвалид- ности	Почтовый адрес	Номер и дата заказа	Наименование изделия	Кол-во изде- лий	Стои- мость, руб.	Дата выдачи изде- лия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						Итого:			

Всего по акту сверки

порядковых номеров
общее количество единиц

Управление (по вопросам) труда
и социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

Начальник _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Государственное унитарное предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»:

Директор _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Приложение № 24
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

АКТ СВЕРКИ

на фактически выполненные работы по гарантийному и послегарантийному ремонту технических и других средств реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики

на _____ Г.
(период)

между _____
и Государственным унитарным предприятием Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод»

№ п/п	№ и дата выдачи направ- ления	Ф.И.О.	Группа и категория инвалид- ности	Почтовый адрес	Номер и дата заказа	Наименование изделия	Кол-во изде- лий	Стои- мость, руб.	Дата выдачи изде- лия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						Итого:			

Всего по акту сверки

порядковых номеров
общее количество единиц

Управление (по вопросам) труда
и социальной защиты населения

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики

Начальник _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Государственное унитарное предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»:

Директор _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Приложение № 25
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

Государственное Унитарное
Предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»

ВЫПИСКА ИЗ РЕЕСТРА № _____
на изготовленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим
отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики

на _____ Г.
(период)

№ п/ п	Шифр	Наименование изделия	Количество изделий	№ заказа	Ф.И.О.	Год рождения	№ паспорта, № пенсион- ного свиде- тельства, № свиде- тельства о рождении, справки, кем выдано	Почто- вый адрес	Группа и катего- рия инвалид- ности	№ и дата выдачи напра- вления	Дата обраще- ния на предпри- ятие	Дата начала работ по изгото- влению изделия	Дата оконча- ния работ по изгото- влению изделия	Дата выда- чи из- делия	Срок гара- нтии изде- лия	Це- на, руб.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
					ВСЕГО											

Всего по выписке из реестра порядковых номеров _____
общее количество единиц _____

Директор предприятия _____ Главный бухгалтер предприятия _____ Начальник отдела обслуживания инвалидов
и других категорий граждан _____
М.П.

Приложение № 26
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

Государственное Унитарное
Предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»

ВЫПИСКА ИЗ РЕЕСТРА № _____
на закупленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим
отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики

на _____ Г.
(период)

№ п/ п	Шифр	Наименование изделия	Количество изделий	№ заказа	Ф.И.О.	Год рождения	№ паспорта, № пенсионного свидетельства, № свидетельства о рождении, справки, кем выдано	Почтовый адрес	Группа и категория инвалидности	№ и дата выдачи направления	Дата обращения на предприятие	Дата закупки изделия	Дата выдачи изделия	Срок гарантии изделия	Цена, руб.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
					ВСЕГО										

Всего по выписке из реестра порядковых номеров _____
общее количество единиц _____

Директор предприятия _____ Главный бухгалтер предприятия _____ Начальник отдела обслуживания инвалидов
и других категорий граждан _____
М.П.

Приложение № 27
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

Государственное Унитарное
Предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»

ВЫПИСКА ИЗ РЕЕСТРА № _____

на фактически выполненные работы по гарантийному и послегарантийному ремонту технических и других средств реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики

на _____ Г.
(период)

№ п/ п	Шифр	Наименование изделия	Количество изделий	№ заказа	Ф.И.О.	Год рождения	№ паспорта, № пенсионного свидетельства, № свидетельства о рождении, справки, кем выдано	Почтовый адрес	Группа и категория инвалидности	Дата выдачи изделия	Срок гарантии изделия	Дата обращения на предприятие	Дата начала работ по ремонту изделия	Дата окончания работ по ремонту изделия	Цена, руб.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
					ВСЕГО										

Всего по выписке из реестра порядковых номеров _____
общее количество единиц _____

Директор предприятия _____ Главный бухгалтер предприятия _____ Начальник отдела обслуживания инвалидов
и других категорий граждан _____
М.П.

Приложение № 28
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

**СПИСКИ ЛИЦ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ИНВАЛИДОВ, ДЕТЕЙ
ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

по территории _____
на _____ Г.
(период)

№ п/п	Ф.И.О.	Адрес	Дата направления	Протезно- ортопедическое изделие	Количество, ед. (для обуви – пар)
Система ортезов на позвоночник					
ИТОГО:					
Система ортезов на верхние конечности					
ИТОГО:					
Система ортезов на нижние конечности					
ИТОГО:					
Система протезов верхних конечностей					
ИТОГО:					
Система протезов нижних конечностей					
ИТОГО:					

Ортопедическая обувь					
ИТОГО:					

(администрации города и/или района)

Дуганской Народной Республики:

Начальник _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

**Государственное унитарное предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»:**

Директор _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

Приложение № 29
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от «17» декабря 2018 № 170

**СПИСКИ ЛИЦ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОТЕЗАМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ
КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

по территории _____
на _____
(период)

№ п/п	Ф.И.О.	Адрес	Дата направления	Первично/ вторично	Протезы молочной железы, ед.	Лифы, ед.	Рукав, ед.
	ВСЕГО:						

**Управление (по вопросам) труда
и социальной защиты населения**

(администрации города и/или района)

Луганской Народной Республики:

Начальник _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

**Государственное унитарное предприятие
Луганской Народной Республики
«Протезно-ортопедический завод»:**

Директор _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

М.П.

Ответственный специалист _____ / _____
подпись инициалы, фамилия

