



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

ПРИКАЗ

08 октября 2021 г.

№ 123

г. Луганск

Зарегистрировано в Министерстве юстиции
Луганской Народной Республики
02.11.2021 за № 502/4163

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

В соответствии с подпунктом 5 пункта 3.1 ПОЛОЖЕНИЯ О МИНИСТЕРСТВЕ ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ, утвержденного постановлением Правительства Луганской Народной Республики от 04.06.2021 № 486/21, 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
(с изменениями), 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. Потребность в абсорбирующем белье, подгузниках (приложение № 11).

1.12. Государственное задание по обеспечению протезно - ортопедическими изделиями инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 12).

1.13. Государственное задание по обеспечению протезами молочных желез инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 13).

1.14. Государственное задание по обеспечению креслами колесными инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 14).

1.15. Государственное задание по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 15).

1.16. Государственное задание по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации (слуховыми аппаратами) инвалидов, детей -инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 16).

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

1.18. Заказ к Государственному заданию по обеспечению протезами молочных желез инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 18).

1.19. Заказ к Государственному заданию по обеспечению креслами колесными инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 19).

1.20. Заказ к Государственному заданию по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 20).

1.21. 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 № 21).

1.22. 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 № 22).

1.23. 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 № 23).

1.24. 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 № 24).

1.25. Акт сверки на закупленные и выданные вспомогательные средства для личного ухода и защиты инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 25).

1.26. 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 (приложение № 26).

1.27. Выписка из реестра на изготовленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 27).

1.28. Выписка из реестра на закупленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 28).

1.29. 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 № 29).

1.30. Списки лиц по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 30).

1.31. Списки лиц по обеспечению протезами молочных желез инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 31).

2. Администрациям городов и/или районов Луганской Народной Республики / администрациям городов и/или районов Луганской Народной Республики в лице уполномоченных структурных подразделений (далее - администрации) 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», «Потребность в абсорбирующем белье, подгузниках 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 администрациям 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. Администрациям в течение 2-х 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. Администрациям 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 администрациями 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 администрациями несоответствия в выписках из реестров и отраженные в актах сверки устранять в течение 2-х дней путем внесения в выписки из реестров соответствующих поправок и изменений, о чем информировать Министерство труда и социальной политики Луганской Народной Республики.

8. Администрациям по запросу Министерства труда и социальной политики Луганской Народной Республики направлять оформленные должным образом заказы к Государственным заданиям, которые являются неотъемлемой частью Государственных заданий. В Государственные задания и заказы к Государственным заданиям вносятся изменения по предложению одной из сторон.

9. Администрациям 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. Администрациям и директору Государственного унитарного предприятия Луганской Народной Республики «Протезно - ортопедический завод» подписывать списки лиц, подлежащих обеспечению в рамках заказов к Государственному заданию. Подписанные списки, по одному экземпляру, хранить в администрациях 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 17.12.2018 № 170 «Об утверждении форм бланков документов по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Луганской Народной Республики 08.01.2019 за № 4/2553 (с изменениями).

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 через 10 (десять) дней после дня его официального опубликования.

Министр

С. А. Малахова

Приложение № 1
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

(фамилия, имя, отчество получателя технических и других средств реабилитации / представителя получателя технических и других средств реабилитации)

(адрес фактического места проживания, телефон)

(адрес электронной почты)

Заявление о взятии на учет

Прошу обеспечить _____
(Ф. И. О., категория получателя технических и других средств реабилитации)

следующими средствами реабилитации: _____
(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 администрацией города и/или района Луганской Народной Республики / администрацией города и/или района Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения (далее - администрация) 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 администрации 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 в 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 администрации 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)

Уполномоченное 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 заявителя/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 заявителя/уполномоченного лица)	

Приложение № 2
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

(фамилия, имя, отчество получателя технических и других средств реабилитации / представителя получателя технических и других средств реабилитации)

(адрес фактического места проживания, телефон)

(адрес электронной почты)

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: _____

_____/_____
(подпись и фамилия ответственного лица)

_____/_____
ознакомлен(а) _____
(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: _____

_____/_____
(подпись и фамилия ответственного лица)

_____/_____
ознакомлен(а) _____
(подпись заявителя/законного представителя
заявителя/уполномоченного лица)

Приложение № 3
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

КАРТОЧКА
по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации

(Ф. И. О. получателя технических и других средств реабилитации)

Льготная категория _____

категория инвалидности _____ группа _____

Паспорт/паспортный документ, удостоверяющий личность физического лица, проживающего на территории Луганской Народной Республики (свидетельство о рождении для детей до 14 лет):

серия _____ № _____ выдан _____

Адрес фактического места проживания: _____

Обеспечение:

Название изделия и шифр	Количество, ед. (для обуви-полупар)	Дата получения	Название предприятия или учреждения, которые выдали изделие	Срок гарантийного обслуживания	Срок очередного обеспечения	Ф. И. О., должность и подпись ответственного лица за заполнение карточки
1	2	3	4	5	6	7

Приложение № 4
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

НАПРАВЛЕНИЕ
на обеспечение техническими и другими средствами реабилитации

выдано _____
(фамилия, имя, отчество получателя технических и других средств реабилитации)
который (-ая) проживает по адресу _____
Паспорт/паспортный документ, удостоверяющий личность физического лица, проживающего на
территории Луганской Народной Республики (свидетельство о рождении для детей до 14 лет): серия
_____ № _____
выдан _____
(кем выдан, дата выдачи)

контактный телефон _____
для обеспечения _____
(наименование изделия)

в количестве _____

Срок действия направления: до _____ 20 _____ г.

Уполномоченное лицо

(название администрации города и/или района

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Луганской Народной Республики /
администрации города и/или района

Луганской Народной Республики

в лице уполномоченного структурного подразделения)

М.П.

✂----- (линия отреза) -----

Подтверждение получения технического или другого средства реабилитации

Направление от _____ № _____ на _____

выдано _____,

(фамилия, имя, отчество ответственного лица, который выдал направление, название администрации города и/или района

Луганской Народной Республики / администрации города и/или района

Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

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 _____

(наименование 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 заявителя/уполномоченного

лица)

Приложение № 5
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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

(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

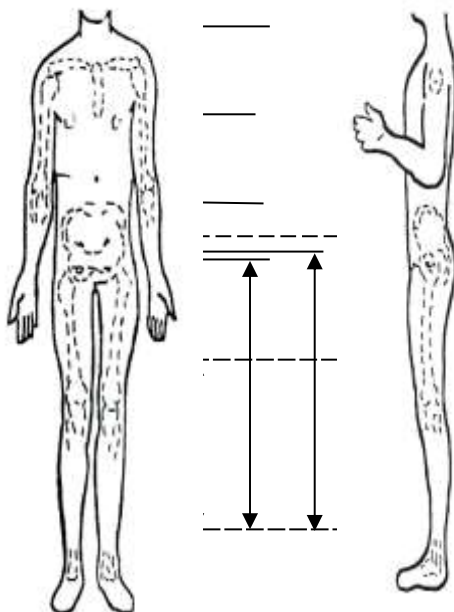
[illegible]

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

17.Технологический процесс:

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		

18. Калькуляция:

[illegible]

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: _____

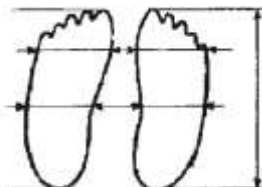
(Ф.И.О.) (подпись) (дата)

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 _____
(кем выдан, дата выдачи)
7. Свидетельство о рождении: серия _____ № _____, выдано _____
(кем выдан, дата выдачи)
8. Пенсионное удостоверение: серия _____ № _____ выдано _____
(кем выдан, 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		

21. Калькуляция:

[illegible]

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 08.10.2021 № 123

(название администрации города и/или района Луганской Народной
Республики / администрации города и/или района Луганской Народной
Республики в лице уполномоченного структурного подразделения либо
предприятия, осуществляющего выдачу)

ЗАКАЗ
на выдачу технического средства реабилитации

№ _____ от _____ 20____ г.

Фамилия, имя, отчество получателя средств реабилитации (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	

Перечень полученных изделий:

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

Указанные изделия получил

подпись

дата

Выдачу произвел

должность, Ф.И.О.

подпись

дата

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 _____

(кем выдан)
Свидетельство о рождении: серия _____ № _____ выдано _____

(кем выдан, 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 _____

13. Объективные данные патологического сегмента на первичном обращении

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 врача _____ “ _____ ” _____ 20__ г.

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

16. Данные об изготовлении и ремонте протезно-ортопедических изделий, обеспечении средствами реабилитации:

[illegible]

Приложение № 10
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

Потребность в технических и других средствах реабилитации

ПО _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

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			
Средства для передвижения				
	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 08.10.2021 № 123

Потребность в абсорбирующем белье, подгузниках

ПО _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

ПО СОСТОЯНИЮ НА _____
(период)

Наименование изделия	Количество единиц	Количество лиц		Примечание
		дети-инвалиды	инвалиды	
1. Впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 40х60 см (впитываемостью от 400 до 500 мл)				
2. Впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60х60 см (впитываемостью от 800 до 1200 мл)				
3. Впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60х90 см (впитываемостью от 1200 до 1900 мл)				
4. Подгузники для взрослых, размер XS (объем талии/бедер до 60 см), с полным влагопоглощением не менее 1000 г				
5. Подгузники для взрослых, размер XS (объем талии/бедер до 60 см), с полным влагопоглощением не менее 1200 г				
6. Подгузники для взрослых, размер S (объем талии/бедер до 90 см), с полным влагопоглощением не менее 1000 г				
7. Подгузники для взрослых, размер S (объем талии/бедер до 90 см), с полным влагопоглощением не менее 1400 г				

Продолжение приложения № 11

8. Подгузники для взрослых, размер М (объем талии/бедер до 120 см), с полным влагопоглощением не менее 1300 г				
9. Подгузники для взрослых, размер М (объем талии/бедер до 120 см), с полным влагопоглощением не менее 1800 г				
10. Подгузники для взрослых, размер L (объем талии/бедер до 150 см), с полным влагопоглощением не менее 1450 г				
11. Подгузники для взрослых, размер L (объем талии/бедер до 150 см), с полным влагопоглощением не менее 2000 г				
12. Подгузники для взрослых, размер XL (объем талии/бедер до 175 см), с полным влагопоглощением не менее 1450 г				
13. Подгузники для взрослых, размер XL (объем талии/бедер до 175 см), с полным влагопоглощением не менее 2800 г				
14. Подгузники для детей весом до 5 кг				
15. Подгузники для детей весом до 6 кг				
16. Подгузники для детей весом до 9 кг				
17. Подгузники для детей весом до 20 кг				
18. Подгузники для детей весом свыше 20 кг				
Всего:				

Приложение № 12
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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 администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики / администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики в лице уполномоченных структурных подразделений	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 № 13
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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 администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики / администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики в лице уполномоченных структурных подразделений	Протезы молочных желез, ед.	Лифы к протезам молочных желез, ед.	Компрессионный рукав, ед.
	Всего:			

Приложение № 14
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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	Наименование технического средства реабилитации	Название администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики / администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики в лице уполномоченных структурных подразделений		
		количество, единиц	количество, единиц	количество, единиц
Всего:				

Приложение № 15
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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 администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики / администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики в лице уполномоченных структурных подразделений		
		количество, единиц	количество, единиц	количество, единиц
Всего:				

Приложение № 16
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

УТВЕРЖДАЮ
Министр труда и социальной политики
Луганской Народной Республики

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

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

на _____
(период)

№ п/п	Тип слухового аппарата	Количество, единиц
Всего единиц:		

Приложение № 17
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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

по _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

на _____
(период)

№ п/п	Название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения	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:						

Уполномоченное лицо _____
(администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

М.П.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Приложение № 18
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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

ПО _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

на _____
(период)

№ п/п	Название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения	Протезы молочных желез, ед.	Лифы к протезам молочных желез, ед.	Компрессионный рукав, ед.
	Всего единиц:			
	Всего лиц:			

Уполномоченное лицо _____
(администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

М.П.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Приложение № 19
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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

ПО _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

на _____
(период)

№ п/п	Тип кресла колесного	Модель кресла колесного	Ширина сидения, см	Количество, единиц	Название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения
Всего единиц:					
Всего лиц:					

Уполномоченное лицо _____
(администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Приложение № 20
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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

ПО _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)
на _____
(период)

№ п/п	Наименование технического средства реабилитации	Модель технического средства реабилитации (дополнительные характеристики)	Количество, единиц	Название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения
Всего единиц:				
Всего лиц:				

Уполномоченное лицо _____
(администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Приложение № 21
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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 _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

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

Уполномоченное лицо

(администрации города и/или района Луганской Народной Республики /
администрации города и/или района Луганской Народной Республики
в лице уполномоченного структурного подразделения)

_____/_____
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 08.10.2021 № 123

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 _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

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

Уполномоченное лицо

(администрации города и/или района Луганской Народной Республики /
администрации города и/или района Луганской Народной Республики
в лице уполномоченного структурного подразделения)

_____/_____
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 08.10.2021 № 123

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 _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

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

Уполномоченное лицо

(администрации города и/или района Луганской Народной Республики /
администрации города и/или района Луганской Народной Республики
в лице уполномоченного структурного подразделения)

_____/_____
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 08.10.2021 № 123

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 _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

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

Уполномоченное лицо

(администрации города и/или района Луганской Народной Республики /
администрации города и/или района Луганской Народной Республики
в лице уполномоченного структурного подразделения)

_____/_____
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 08.10.2021 № 123

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

Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

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

Уполномоченное лицо

(администрации города и/или района Луганской Народной Республики /
администрации города и/или района Луганской Народной Республики
в лице уполномоченного структурного подразделения)

_____/_____
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 № 26
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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 _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики / администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)

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

Уполномоченное лицо

(администрации города и/или района Луганской Народной Республики /
администрации города и/или района Луганской Народной Республики
в лице уполномоченного структурного подразделения)

_____/_____
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 № 27
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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	Наиме- нование изделия	Коли- чество изде- лий	№ зака- за	Ф.И.О.	Год рожде- ния	№ 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 № 28
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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 № 29
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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.

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

ПО _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики /администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)
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 Луганской Народной Республики /
администрации города и/или района Луганской Народной Республики
в лице уполномоченного структурного подразделения)

_____/_____
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 № 31
к приказу Министерства труда
и социальной политики
Луганской Народной Республики
от 08.10.2021 № 123

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

ПО _____
(название администрации города и/или района Луганской Народной Республики /администрации города и/или района
Луганской Народной Республики в лице уполномоченного структурного подразделения)
на _____
(период)

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

Уполномоченное лицо

(администрации города и/или района Луганской Народной Республики /
администрации города и/или района Луганской Народной Республики
в лице уполномоченного структурного подразделения)

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

