



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

ПРИКАЗ

от 17 июля 2017 года

№ 115

г. Луганск

**Зарегистрировано в Министерстве юстиции
Луганской Народной Республики
26.07.2017 за № 388/1439**

О внесении изменений в приказ Министерства труда и социальной политики Луганской Народной Республики от 27 мая 2016 года № 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»

Для унификации заполнения документов в процессе обслуживания инвалидов, детей-инвалидов и других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации, в соответствии с пунктом 9 части 1 статьи 30, частью 1 статьи 42 Закона Луганской Народной Республики от 25.06.2014 № 14-I «О системе исполнительных органов государственной власти Луганской Народной Республики» (с изменениями) и подпунктом 16 пункта 4.1 раздела 4 Положения о Министерстве труда и социальной политики Луганской Народной Республики (в новой редакции), 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 от 08.09.2015 № 02-04/271/15, п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ Министерства труда и социальной политики Луганской Народной Республики от 27 мая 2016 года № 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» (с изменениями), зарегистрированный в Министерстве юстиции Луганской Народной Республики 15.06.2016 за № 263/610, следующие изменения и дополнения:

1.1. Изложить в новой редакции прилагаемые формы бланков:
заявление о взятии на учет (приложение № 1);
направление на обеспечение техническими и другими средствами реабилитации (приложение № 2);
заказ на изготовление протезно-ортопедических изделий (приложение № 3);
заказ на изготовление ортопедической обуви (приложение № 4);
реестр на закупленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 5);
реестр на изготовленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 6);
реестр на предоставление услуг по послегарантийному ремонту технических и других средств реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 7).

1.2. В подпункте 1.13 пункта 1 слова и знаки «(заказа)» исключить.

1.3. Дополнить пункт 1 подпунктом 1.14 следующего содержания:

«1.14. Заказы к Государственным заданиям по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики, предоставлению услуг по их послегарантийному ремонту подразделяются на:

1.14.1. Заказ к Государственному заданию по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики.

1.14.2. Заказ к Государственному заданию по обеспечению протезами молочных желез инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики.

1.14.3. Заказ к Государственному заданию по послегарантийному ремонту технических и других средств реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики.

1.14.4. Заказ к Государственному заданию по обеспечению креслами колесными инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики.

1.14.5. Заказ к Государственному заданию по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики».

1.4. Изложить в новой редакции прилагаемые формы бланков:

Государственное задание по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 8);

Государственное задание по обеспечению протезами молочных желез инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 9);

Государственное задание по послегарантийному ремонту технических и других средств реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 10);

Государственное задание по обеспечению креслами колесными инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 11);

Государственное задание по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 12).

1.5. Утвердить прилагаемые формы бланков:

Заказ к Государственному заданию по обеспечению протезно-ортопедическими изделиями инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 13);

Заказ к Государственному заданию по обеспечению протезами молочных желез инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 14);

Заказ к Государственному заданию по послегарантийному ремонту технических и других средств реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики (приложение № 15);

Заказ к Государственному заданию по обеспечению креслами колесными инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 16);

Заказ к Государственному заданию по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики (приложение № 17).

1.6. Дополнить пунктом 9 следующего содержания:

«9. По запросу Министерства труда и социальной политики Луганской Народной Республики управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики направляют заказы к Государственным заданиям по обеспечению техническими и другими средствами реабилитации инвалидов, детей-инвалидов, других отдельных категорий граждан Луганской Народной Республики, предоставлению услуг по их послегарантийному ремонту».

1.7. Пункты 9,10 Приказа считать соответственно пунктами 10,11.

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

3. Контроль за исполнением приказа возложить на Заместителя Министра труда и социальной политики Луганской Народной Республики Макаренко Е.С.

4. Приказ вступает в силу по истечении 10 (десяти) дней после дня его официального опубликования.

Министр

С. А. Малахова

Приложение № 1
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

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

(фамилия, имя, отчество)
место жительства: _____

Заявление о взятии на учет

Прошу обеспечить

(наименование изделия)

согласно заключения МСЭК (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(на), 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 средство возвращается Государственному унитарному предприятию Луганской Народной Республики «Протезно-ортопедический завод», а мне вне очереди выдается другое средство реабилитации за счет средств поставщика.

Предоставление мной документов, которые содержат заведомо ложные сведения, является основанием для отказа во взятии 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 ст. 174 Уголовного Кодекса ЛНР ознакомлен(а).

Начальник управления (по вопросам)
труда и социальной защиты населения
администрации города, района
Луганской Народной Республики

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Заявление и документы на ____ листах приняты " ____ " _____ 20__ г. и зарегистрированы за N ____.

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

_____/_____/_____ ознакомился(лась) _____

(подпись и фамилия ответственного лица)

(подпись заявителя, законного представителя, уполномоченного лица)

✂----- (линия отреза) -----

Заявление и документы на ____ листах приняты " ____ " _____ 20__ г. и зарегистрированы за N ____.

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

_____/_____/_____ ознакомился(лась) _____

(подпись и фамилия ответственного лица)

(подпись заявителя, законного представителя, уполномоченного лица)

Приложение № 2
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

**НАПРАВЛЕНИЕ от _____ № _____
на обеспечение техническими и другими средствами реабилитации**

выдано _____
(фамилия, имя, отчество)
который (-ая) проживает по адресу _____
Паспорт (свидетельство о рождении для детей до 16 лет): серия _____ № _____
выдан _____
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 ТСР

Направление от _____ № _____ на _____
выдано _____,
(фамилия, имя, отчество ответственного лица, который выдал направление, название УТСЗН)
получено _____
(фамилия, имя, отчество получателя направления)

№ Заказа	Наименование изделия	Дата получения	Подпись получателя

✂----- (линия отреза)-----

Направление от _____ № _____ на обеспечение _____
(тип изделия)
выдано _____,
(фамилия, имя, отчество ответственного лица, который выдал направление)
получено _____
(фамилия, имя, отчество получателя направления)

Срок действия направления: до _____ 20 _____ г.
(указывается срок действия направления: пожизненно или с указанием конкретной даты)

(фамилия, имя, отчество ответственного лица)

Получил (ла) _____
(подпись заявителя, законного представителя)

ЗАКАЗ
на изготовление протезно-ортопедических
изделий № _____
(направление от _____ № _____)

дата _____

к карте протезирования № _____

1. ФИО _____

2. Дата рождения _____

3. Работающий _____

(да / нет)

4. Адрес регистрации места проживания _____

Адрес фактического места проживания _____

5. Контактный телефон _____

6. Паспорт: серия _____, № _____, выданный _____

(кем, дата)

7. Свидетельство о рождении: серия _____, № _____, выдано _____

(кем, дата)

8. Пенсионное удостоверение: серия _____, № _____, выдано _____

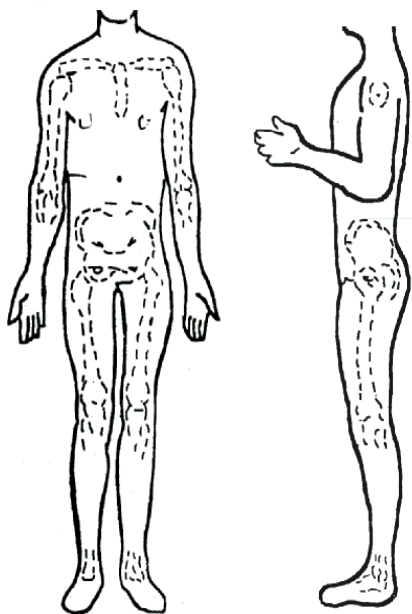
(кем, дата)

9. Категория инвалидности _____, группа _____

10. Антропометрические данные: вес _____ рост _____

11. Диагноз _____

12. Назначения врача _____



Врач _____

(ФИО)

(подпись)

Техник _____

(ФИО)

(подпись)

13. С назначением ознакомлен (на):

(ФИО заказчика)

(подпись)

14. Заказ утверждаю: начальник медицинского отдела

(ФИО)

(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

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: _____		
_____	_____	_____
(ФИО)	(подпись)	(дата)
Замечания, предложения, пожелания пациента _____		

ЗАКАЗ
на изготовление ортопедической обуви № _____
(направление от _____ № _____)

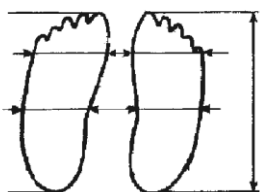
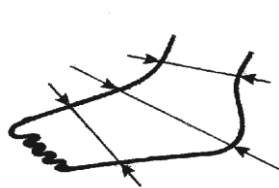
дата _____ к карте протезирования № _____

1. ФИО _____
2. Дата рождения _____
3. Работающий _____
(да / нет)
4. Адрес регистрации места проживания _____
Адрес фактического места проживания _____
5. Контактный телефон _____
6. Паспорт: серия _____, № _____, выдан _____

(кем, дата)
7. Свидетельство о рождении: серия _____ № _____, выдано _____

(кем, дата)
8. Пенсионное удостоверение: серия _____ № _____ выдано _____

(кем, дата)
9. Категория инвалидности _____, группа _____
10. Диагноз _____
11. Сопутствующие заболевания, осложнения _____
12. Назначение врача _____



13. Метод крепления _____ Рант: 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: _____
(ФИО) (подпись)

14. С назначением ознакомлен (на): _____
(ФИО) (подпись)

Заказ утверждаю: начальник медицинского отдела _____
(ФИО) (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:

22. Результат примерки:

Дата вызова на примерку	Дата примерки	Результат примерки	Замечание пациента	Мероприятия по устранению недостатков	Подпись

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: _____

_____ (ФИО) _____ (подпись) _____ (дата)

Замечания, предложения, пожелания пациента _____

Приложение № 5
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

Название предприятия (организации), выдавшего технические средства реабилитации

РЕЕСТР № _____

на закупленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики в _____ г.

№ п/ п	Шифр	Наиме- нование изделия	Коли- чество изде- лий	№ заказа	Ф.И.О	Год рожде- ния	№ паспорта, № пенсионного свидетель- ства, № свидетель- ства о рождении, справки, кем выдано	Почто- вый адрес	Группа и категория инвалид- ности	№ и дата выдачи направ- ления	Дата обраще- ния на предпри- ятие	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 реестру порядковых номеров _____
общее количество единиц _____

Директор предприятия _____

Начальник отдела обслуживания
инвалидов и других категорий граждан _____

Главный бухгалтер предприятия _____

М.П.

Приложение № 6
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

Название предприятия (организации), выдавшего технические средства реабилитации

РЕЕСТР № _____

на изготовленные и выданные технические и другие средства реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики в _____ г.

№ п/ п	Шифр	Наименование изделия	Количество изделий	№ заказа	Ф.И.О	Год рождения	№ паспорта, № пенсион- ного свидете- льства, № свидете- льства 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 изде- лия	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 реестру порядковых номеров _____
общее количество единиц _____

Директор предприятия _____

Начальник отдела обслуживания
инвалидов и других категорий граждан _____

Главный бухгалтер предприятия _____

М.П.

Приложение № 7
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

Название предприятия (организации), выдавшего технические средства реабилитации

РЕЕСТР № _____

на предоставление услуг по послегарантийному ремонту технических и других средств реабилитации инвалидам, детям-инвалидам, другим отдельным категориям граждан Луганской Народной Республики в _____ г.

№ 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 реестру порядковых номеров _____
общее количество единиц _____

Директор предприятия _____

Начальник отдела обслуживания
инвалидов и других категорий граждан _____

Главный бухгалтер предприятия _____

М.П.

Приложение № 8
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

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 _____**

№ п/п	Название управлений (по вопросам) труда и социальной защиты населения администратий 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 № 9
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

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 _____**

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

к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

УТВЕРЖДАЮ

Министр труда и социальной политики
Луганской Народной Республики

(подпись)

(инициалы, фамилия)

«_____» _____

М.П.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗАДАНИЕ ПО ПОСЛЕГАРАНТИЙНОМУ РЕМОНТУ ТЕХНИЧЕСКИХ И ДРУГИХ СРЕДСТВ
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДАМ, ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ, ДРУГИМ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ НА _____**

№ п/п	Название управлений (по вопросам) труда и социальной защиты населения администраций городов и/или районов Луганской Народной Республики	Наименование изделия	Количество, ед.
	Всего:		

Приложение № 11
к приказу Министерства труда и

социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

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 _____

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

Приложение № 12
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

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 _____**

№ 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 № 13
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

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

№ п/п	Название управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения администрации города и/или района Луганской Народной Республики	Система ортезов на позвочник, 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:						

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

М.П.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Приложение № 14
к приказу Министерства труда и

социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

**ЗАКАЗ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЗАДАНИЮ
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОТЕЗАМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ИНВАЛИДОВ, ДРУГИХ ОТДЕЛЬНЫХ
КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ПО ТЕРРИТОРИИ _____ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
НА _____**

№ 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:			

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

(подпись) _____
(инициалы, фамилия)

М.П.

Приложение № 15
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

**ЗАКАЗ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЗАДАНИЮ
ПО ПОСЛЕГАРАНТИЙНОМУ РЕМОНТУ ТЕХНИЧЕСКИХ И ДРУГИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДАМ, ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ, ДРУГИМ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН ПО
ТЕРРИТОРИИ _____ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ НА _____**

№ п/п	Название управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения администрации города и/или района Луганской Народной Республики	Наименование изделия	Количество, ед. (для обуви – пар)
	Всего:		

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

М.П.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Приложение № 16
к приказу Министерства труда и
социальной политики Луганской
Народной Республики
от 17.07.2017 № 115

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

№ п/п	Название управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения администрации города и/или района Луганской Народной Республики	Тип кресла колесного	Модель кресла колесного	Ширина сидения, см.	Количество, ед.
	Всего:				

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 17.07.2017 № 115

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

№ п/п	Название управления (по вопросам) труда и социальной защиты населения администрации города и/или района Луганской Народной Республики	Наименование технического средства реабилитации	Количество, ед.	Примечания
	Всего:			

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

(подпись) _____
(инициалы, фамилия)

М.П.