

**Об утверждении форм документов, выдаваемых освидетельствуемому лицу или его законному представителю при проведении медико-социальной экспертизы**

***Утративший силу***

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 1 апреля 2014 года № 142-Ө. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 апреля 2014 года № 9377. Утратил силу приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44

      Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 30.01.2015 № 44 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

      В целях реализации пункта 27 Правил проведения медико-социальной экспертизы, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан от 20 июля 2005 года № 750,  **ПРИКАЗЫВАЮ:**  
      1. Утвердить формы:  
      1) справки об инвалидности согласно приложению 1 к настоящему приказу;  
      2) справки о степени утраты общей трудоспособности согласно приложению 2 к настоящему приказу;  
      3) справки о степени утраты профессиональной трудоспособности согласно приложению 3 к настоящему приказу;  
      4) заключения о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе согласно приложению 4 к настоящему приказу;  
      5) извещения о полной реабилитации согласно приложению 5 к настоящему приказу.  
      2. Департаменту социальной помощи в установленном законодательством порядке обеспечить:  
      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;  
      2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа его направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и в информационно-правовой системе «Әділет»;  
      3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.  
      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Жакупову С.К.  
      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр                                    Т. Дуйсенова*

Приложение 1         
к приказу Министра труда    
и социальной защиты населения  
Республики Казахстан     
от 1 апреля 2014 года № 142-ө

                                                                Форма

      Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                              министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Мүгедектік туралы анықтама**  
**Справка об инвалидности**  
**серия 000 № 0000000**

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения                      Адрес

Мүгедектік тобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Группа инвалидности

Мүгедектік себебі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Причина инвалидности

|  |  |
| --- | --- |
| Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_ | Мерзімі 20\_\_\_ж. «\_» \_\_\_ бастап  есептелді |
| Дата установления | Срок зачтен с |

Мүгедектік 20 \_\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ дейінгі мерзімге белгіленген  
Инвалидность установлена на срок до

Қайта куәландыру күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата переосвидетельствования

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                    (кесу сызығы / линия отреза)

      Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                              министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Мүгедектік туралы анықтамадан және медициналық-әлеуметтік**  
**сараптама актісінен үзінді көшірме**  
**Выписка из справки об инвалидности и акта медико-социальной**  
**экспертизы серия 000 № 0000000**  
(әлеуметтік төлемдерді тағайындайтын және жүзеге асыратын органдарға  
                              жіберіледі  
   направляется в органы, назначающие и осуществляющие социальные  
                              выплаты)

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения                      Адрес

Мүгедектік тобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Группа инвалидности

Мүгедектік себебі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Причина инвалидности

|  |  |
| --- | --- |
| Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_ | Мерзімі 20\_\_\_ж. «\_» \_\_\_ бастап  есептелді |
| Дата установления | Срок зачтен с |

Мүгедектік 20 \_\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ дейінгі мерзімге белгіленген  
Инвалидность установлена на срок до

Қайта куәландыру күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата переосвидетельствования

Негізгі диагнозы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Основной диагноз:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 ж. «\_\_» \_\_\_\_\_\_  
Дата

Приложение 2        
к приказу Министра труда    
и социальной защиты населения  
Республики Казахстан     
от 1 апреля 2014 года № 142-ө

                                                              Форма

     Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                             министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама**  
**Справка о степени утраты общей трудоспособности**  
**серия 000 № 000000**

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ж. Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения                      Адрес

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын  
құжат № \_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ж.  
Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного  
социального страхования

Пайызбен белгіленген жалпы еңбекке қабілетінен айырылу дәрежесі:  
\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(жазбаша / прописью)  
Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

|  |  |
| --- | --- |
| Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_ | Мерзімі 20\_\_\_ж. «\_» \_\_\_ бастап  есептелді |
| Дата установления | Срок зачтен с |

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 ж. «\_» \_\_\_\_ дейінгі  
мерзімге белгіленген  
Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                       (кесу сызығы / линия отреза)

      Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                              министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан**  
**үзінді көшірме**  
**Выписка из справки о степени утраты общей трудоспобности**  
**серия 000 № 000000**  
(әлеуметтік төлемдерді тағайындайтын және жүзеге асыратын органдарға  
                               жіберіледі  
     направляется в органы, назначающие и осуществляющие социальные  
                                выплаты)

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ж.    Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения                         Адрес

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысу фактісін растайтын  
құжат № \_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ж.  
Документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного  
социального страхования

Пайызбен белгіленген жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі:  
\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
          (жазбаша / прописью)  
Установлена в процентах степень утраты общей трудоспособности

|  |  |
| --- | --- |
| Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_ | Мерзімі 20\_\_\_ж. «\_» \_\_\_ бастап  есептелді |
| Дата установления | Срок зачтен с |

Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 ж. «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
дейінгі мерзімге белгіленген  
Степень утраты общей трудоспособности установлена на срок до

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_ ж. «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата

Приложение 3          
к приказу Министра труда    
и социальной защиты населения  
Республики Казахстан     
от 1 апреля 2014 года № 142-ө

                                                               Форма

      Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                              министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтама**  
**Справка о степени утраты профессиональной трудоспособности**  
**серия 000 № 000000**

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ж.     Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения                         Адрес

Жазатайым оқиға туралы акті №\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_ ж.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Акт о несчастном случае                (жұмыс берушінің толық атауы /  
                                    полное наименование работодателя)

Диагнозы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пайызбен белгіленген кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі:  
\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
          (жазбаша / прописью)  
Установлена в процентах степень утраты профессиональной  
трудоспособности

|  |  |
| --- | --- |
| Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_ | Мерзімі 20\_\_\_ж. «\_» \_\_\_ бастап  есептелді |
| Дата установления | Срок зачтен с |

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20\_\_\_ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_  
дейінгі мерзімге белгіленген  
Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок  
до

Қайта куәландыру күні 20 \_\_\_\_ ж. «\_\_\_\_»  
Дата переосвидетельствования

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_\_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                     (кесу сызығы / линия отреза)

      Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                              министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы**  
**анықтамадан үзінді көшірме**  
**Выписка из справки о степени утраты профессиональной**  
**трудоспособности серия 000 № 000000**  
         (Жазатайым оқиға туралы акті берген жұмыс берушіге /  
         для работодателя, выдавшего Акт о несчастном случае)

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ж.     Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения                         Адрес

Жазатайым оқиға туралы акті №\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_ ж.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Акт о несчастном случае                (жұмыс берушінің толық атауы /  
                                    полное наименование работодателя)

Диагнозы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пайызбен белгіленген кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі:  
\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
          (жазбаша / прописью)  
Установлена в процентах степень утраты профессиональной трудоспособности

|  |  |
| --- | --- |
| Белгіленген күні 20\_\_ ж. «\_» \_\_\_\_\_\_ | Мерзімі 20\_\_\_ж. «\_» \_\_\_ бастап  есептелді |
| Дата установления | Срок зачтен с |

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20\_\_\_ж. «\_\_\_» \_\_\_\_  
дейінгі мерзімге белгіленген  
Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок  
до

Қайта куәландыру күні 20 \_\_\_\_ ж. «\_\_\_\_»  
Дата переосвидетельствования

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_\_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата

Приложение 4          
к приказу Министра труда    
и социальной защиты населения  
Республики Казахстан     
от 1 апреля 2014 года № 142-ө

                                                               Форма

      Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                              министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және**  
**күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды**  
**Заключение о нуждаемости пострадавшего работника в**  
**дополнительных видах помощи и уходе серия 000 № 000000**

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ж.    Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения                         Адрес

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі \_\_% себебі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Степень утраты профессиональной трудоспособности    причина

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дейінгі  
мерзімге белгіленген  
Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до

Жазатайым оқиға туралы акті №\_\_ «\_»\_\_\_\_ 20\_\_ ж. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Акт о несчастном случае                (жұмыс берушінің толық атауы /  
                                    полное наименование работодателя)

Диагнозы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                       (кесу сызығы / линия отреза)

      Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                              министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Зақым келген қызметкердің көмектің қосымша түрлеріне және**  
**күтімге мұқтаждығы туралы қорытынды**  
**Заключение о нуждаемости пострадавшего работника в**  
**дополнительных видах помощи и уходе серия 000 № 000000**  
       (Жазатайым оқиға туралы акті берген жұмыс берушіге / для  
            работодателя, выдавшего Акт о несчастном случае)

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ ж.    Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения                         Адрес

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі \_\_% себебі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Степень утраты профессиональной трудоспособности     причина

Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі 20 ж. «\_\_\_» \_\_\_\_ дейінгі  
мерзімге белгіленген  
Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок до

Жазатайым оқиға туралы акті №\_\_ «\_»\_\_\_\_ 20\_\_ ж. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Акт о несчастном случае                (жұмыс берушінің толық атауы /  
                                    полное наименование работодателя)

Диагнозы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Көмектің қосымша түрлеріне және күтімге мұқтаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                       (кесу сызығы / линия отреза)

Приложение 5         
к приказу Министра труда    
и социальной защиты населения  
Республики Казахстан     
от 1 апреля 2014 года № 142-ө

                                                              Форма

      Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                              министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Толық оңалтылуы туралы хабарлама**  
**Извещение о полной реабилитации**

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ топтағы мүгедек  
Дата рождения                                 Инвалид \_\_\_\_\_\_\_ группы  
Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Адрес  
\_\_\_\_\_\_ медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінде 20\_\_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_  
қайта куәландырудан өтті,  
Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе \_\_\_\_\_,  
Мүгедек деп танылған жоқ.  
Инвалидом не признан (а).  
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Күні 20 \_\_\_ ж. «\_\_\_\_-» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                       (кесу сызығы / линия отреза)

      Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау  
                              министрлігі  
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
           (өңір, бөлім, мекенжайы / регион, отдел, адрес)

**Толық оңалтылуы туралы хабарлама**  
**Извещение о полной реабилитации**  
        (Медициналық әлеуметтік сараптама актісіне тіркеледі /  
          приобщается к Акту медико-социальной экспертизы)

Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Туған күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ топтағы мүгедек  
Дата рождения                                 Инвалид \_\_\_\_\_\_\_ группы  
Мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Адрес  
\_\_\_\_\_\_ медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінде 20\_\_\_ ж. «\_\_\_» \_\_\_\_  
қайта куәландырудан өтті,  
Прошел (ла) переосвидетельствование в отделе \_\_\_\_\_,  
Мүгедек деп танылған жоқ.  
Инвалидом не признан (а).  
Негіздеме: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № \_\_\_\_ актісі  
Основание: акт медико-социальной экспертизы

      М.О. Бөлім басшысы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
      М.П. Руководитель отдела (қолы / подпись) (Т. А. Ә. / Ф. И. О.)

Толық оңалтылуы туралы хабарламаны алдым \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  
Извещение о полной реабилитации получил (а) (қолы / подпись) (Т.А.Ә.  
                                                           / Ф.И.О.)

Күні 20 \_\_\_ ж. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан