

**О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 "Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы"**

***Утративший силу***

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № 425. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 19 ноября 2021 года № 25221. Утратил силу приказом Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 28 июля 2023 года № 318.

      Сноска. Утратил силу приказом Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения РК от 28.07.2023 № 318 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

      ПРИКАЗЫВАЮ:

      1. Внести в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 "Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12886) следующие изменения:

      преамбулу изложить в следующей редакции;

      "В соответствии с подпунктом 6-1) пункта 1 статьи 7 Закона Республики Казахстан "О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан" **ПРИКАЗЫВАЮ**:";

      подпункты 1), 8) и 9) пункта 1 исключить;

      приложение 1 к указанному приказу исключить;

      приложения 2, 3, 4, 5, 6 и 7 к указанному приказу изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5 и 6 к настоящему приказу;

      приложения 8 и 9 к указанному приказу исключить.

      2. Департаменту развития политики социальных услуг Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

      2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан после его официального опубликования;

      3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Сакеева Р.К.

      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

|  |  |
| --- | --- |
| *Министр труда*  *и социальной защиты населения*  *Республики Казахстан* | *С. Шапкенов* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к приказу Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № 425 |
|  | Приложение 2 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан |
|  | Форма |

      Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бойынша департаменті

Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_бөлімінің

**Мүгедектік және кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы**  
**анықтамаларды есепке алу журналы**  
**Журнал учета справок об инвалидности и степени утраты**  
**профессиональной трудоспособности отдела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды  20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды |

**Мүгедектік туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу**  
**Учет движения справок об инвалидности**

|  |  |
| --- | --- |
|  | (1 - 50 страница) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Саны  /Количество | | Берілді  Выдано | |  |
| № | Күні  Дата | Мүгедектік туралы анықтаманың сериясы, №  Серия, № справки об инвалидности | Алынды  Получено | Берілді  Выдано | Бөлім  Отдел | Алушының тегi, аты, әкесiнiң аты (ол болған кезде), қолы  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись получателя | Қалдық (саны)  Остаток (количество) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу**  
**Учет движения справок о степени утраты профессиональной трудоспособности**

|  |  |
| --- | --- |
|  | (50 - 100 страница) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Саны  Количество | | Берілді  Выдано | |  |
| № | Күні  Дата | Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы | Алынды  Получено | Берілді  Выдано | Бөлім  Отдел | Алушының тегi, аты, әкесiнiң аты (ол болған кезде), қолы  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись получателя | Қалдық (саны)  Остаток (количество) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

      Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

|  |  |
| --- | --- |
| Образец | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа (ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары  Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (ол болған кезде), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

      Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к приказу Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № 425 |
|  | Приложение 3 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 |
|  | Форма |

      Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бойынша департаменті

Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бөлімінің

**Мүгедектік туралы анықтаманы беруді тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации выдачи справки об инвалидности отдела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Күні  Дата | Тегі, аты, әкесінің аты  (ол болған кезде)  Фамилия, имя, отчество  (при его наличии) | Мүгедектік тобы, себебі  Группа, причина инвалидности | Мүгедектік мерзімі  Срок инвалидности | Анықтаманың сериясы,  № Серия, № справки | Алушының қолы  Подпись получателя |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

      Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

|  |  |
| --- | --- |
| Образец | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа (ов).  (жазбаша/прописью)  Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары  Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (ол болған кезде), қолы/ Фамилия, имя, отчество  (при его наличии),подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

      Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к приказу Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № 425 |
|  | Приложение 4 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 |
|  | Форма |

      Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бойынша департаменті

Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бөлімінің

**Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтаманы беруді тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты общей трудоспособности отдела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Күні  Дата | Тегі, аты,  әкесінің аты  (ол болған кезде)  Фамилия, имя, отчество  (при его наличии) | Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі  Степень утраты общей трудоспособности | Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу мерзімі  Срок утраты общей трудоспособности | Анықтаманың сериясы,  № Серия,  № справки | Алушының қолы  Подпись получателя |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

      Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

|  |  |
| --- | --- |
| Образец | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа (ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары  Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (ол болған кезде), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

      Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к приказу Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № 425 |
|  | Приложение 5 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 |
|  | Форма |

      Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бойынша департаменті

Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бөлімінің

**Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтаманы және кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы анықтамадан және медициналық-әлеуметтік сараптама актісінен үзінді көшірмені беруді тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты профессиональной трудоспособности и выписки из справки о степени утраты профессиональной трудоспособности и акта медико-социальной экспертизы отдела\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Күні/  Дата | Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)  Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі  Степень утраты профессиональной трудоспособности | Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу мерзімі  Срок утраты профессиональной трудоспособности | Анықтаманың сериясы, №  Серия, № справки | Алушының қолы  Подпись получателя |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

      Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

|  |  |
| --- | --- |
| Образец | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа (ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары  Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (ол болған кезде), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

      Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 к приказу Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № 425 |
|  | Приложение 6 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 |
|  | Форма |

      Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бойынша департаменті

Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бөлімінің

**Зардап шеккен қызметкердің қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаждығы туралы қорытындыларды беруді тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации выдачи заключений о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе отдела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Күні  Дата | Тегі, аты, әкесінің аты  (ол болған кезде)  Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаж  Нуждается в дополнительных видах помощи и уходе | Қорытындының сериясы, №  Серия, № заключения | Алушының қолы  Подпись получателя |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

      Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

|  |  |
| --- | --- |
| Образец | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа (ов)  (жазбаша/прописью)  Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары  Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (ол болған кезде), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), Подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_жыл/год  М.О./М.П. |

      Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к приказу Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № 425 |
|  | Приложение 7 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 |
|  | Форма |

      Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Министрлігі

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитетінің \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бойынша департаменті

Департамент Комитета труда, социальной защиты и миграции по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_бөлімінің

**Медициналық-әлеуметтік сараптама актілерінің қозғалысын есепке алу журналы**  
**Журнал учета движения актов медико-социальной экспертизы отдела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ басталды 20 \_\_ жылғы "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ аяқталды |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Жіберген күні  Дата отправки | Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)  Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | | Туған күні  Дата рождения | Бөлім  Отдел | Соңғы куәландырылған күні  Дата последнего освидетельство вания | Қорытынды (мүгедектік тобы, себебі, мерзімі, жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі мен мерзімі, кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі, себебі, мерзімі) Заключение (группа, причина, срок инвалидности, степень и срок утраты общей трудоспособности, степень, причина, срок утраты профессиональной трудоспособности) | |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  |  |  | |
| Қандай құжаттың негізінде  На основании какого документа | | | Кімге берілді, қайда жіберілді.  Мекенжайы  Кому передано, куда направлено.  Адрес подпись отправителя | | | | Жіберушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), қолы  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись отправителя | Ескертпе  Примечание |
| 8 | | | 9 | | | | 10 | 11 |
|  | | |  | | | |  |  |
|  | | |  | | | |  |  |

      Журнал до начала заполнения должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен штампом и подписью руководителя отдела.

|  |  |
| --- | --- |
| Образец | Нөмірленген және тігілген  Пронумеровано и прошнуровано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бет/листа (ов)  (жазбаша/прописью)  Бөлім басшысы  Руководитель отдела \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Тегi, аты, әкесiнiң аты (ол болған кезде), қолы/  Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись  "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ жыл/год  М.О./М.П. |

      Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, должны быть оговорены, скреплены подписью руководителя отдела и штампом.

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