



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

пр. Перемоги, 10, м.Київ, 01135, тел. (044) 481-32-21, факс (044) 481-47-96
E-mail: mon@mon.gov.ua, код ЄДРПОУ 38621185

Керівникам вищих навчальних закладів

Щодо інформаційних матеріалів
про документи вступників до ВНЗ

Міністерство освіти і науки України надсилає для використання у практичній роботі приймальних комісій вищих навчальних закладів інформаційні матеріали щодо документів осіб, які мають право на спеціальні умови участі у конкурсному відборі при вступі до вищих навчальних закладів України для здобуття вищої освіти, що додаються.

Просимо забезпечити дотримання норм законодавства при прийомі заяв та документів від зазначених категорій вступників до вищих навчальних закладів.

Додаток: на 55 арк.

Заступник Міністра

Ю. М. Рашкевич

Богінч О.Л.
481-32-64

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
№1/11-605 від 22.06.2017



Інформаційні матеріали
щодо документів осіб, які мають право на спеціальні умови участі у конкурсному відборі при вступі до вищих навчальних закладів України для здобуття вищої освіти на основі повної загальної середньої освіти

Вступник до вищого навчального закладу **пред'являє особисто** документ державного зразка (оригінал) про раніше здобутий освітній (освітньо-кваліфікаційний) рівень, на основі якого здійснюється вступ, і додаток до нього; сертифікат (сертифікати) зовнішнього незалежного оцінювання Українського центру оцінювання якості освіти (для вступників на основі повної загальної середньої освіти); паспорт громадянина України, військовий квиток або (посвідчення про приписку), свідоцтво про народження - для осіб, які за віком не мають паспорта, або інший документ, який засвідчує особу і громадянство та документи, що підтверджують його право на зарахування за співбесідою, на зарахування в межах встановлених квот та першочергове зарахування. Усі копії документів завіряються за оригіналами вищим навчальним закладом, до якого вони подаються, або в установленому законодавством порядку

Категорії осіб, які мають право на зарахування за співбесідою відповідно до абзаців 2 – 4 та 13 пункту 3 розділу III Умов прийому на навчання до вищих навчальних закладів України, затверджених наказом МОН від 13.10.2016 р. № 1236, зареєстрованих в Мін'юсті 23.11.2016 за № 1515/29645 (далі - Умови прийому)		
Категорія	Необхідні документи	Примітка
<i>Особи, яким Законом України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» надано право на зарахування за державним або регіональним замовленням за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти</i>		
1 категорія (пункт 26 статті 20).	– Посвідчення синього кольору, серія А та вкладка до посвідчення, скріплена печаткою облдержадміністрації (див. зразок у додатку 2); Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).	
2 категорія (пункт 26 статті 20 через пункт 1 статті 21)	– Посвідчення сірого кольору, серія Б, Посвідчення світло-зеленого кольору, серія Б (див. зразок у додатку 2); Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними	

<p>Діти до 18 років – інваліди у зв'язку з Чорнобильською катастрофою (пункт 4 частини 3 статті 30).</p>	<p>оцінками (10, 11, 12 балів).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Посвідчення жовтого кольору, серія Д та вкладка до посвідчення дитини, скріплена печаткою облдержадміністрації, міськдержадміністрації м.м. Києва та Севастополя (див. зразок у додатку 2); Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів). 	
<p>Діти віком до 18 років, які постраждали у зв'язку з Чорнобильською катастрофою (пункт 4 частини 3 статті 30).</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Посвідчення жовтого кольору, серія Д (див. зразок у додатку 2) та довідка про наявність підстав для присвоєння категорії після досягнення повноліття, видана облдержадміністрацією за місцем проживання дитини; – Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів). 	<p>Довідка про присвоєння категорії після виповнення 18 років повинна бути видана обласною державною адміністрацією з підписом, скріпленим гербовою печаткою.</p>
<p>Діти віком до 18 років, в яких померли батьки, віднесені до 1 або 2 категорії, смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою (пункт 26 статті 20 через частину 2 статті 20 та частину 2 статті 21).</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Свідоцтво про смерть одного (обох) батьків; – Довідка про смерть одного (обох) батьків, де встановлено зв'язок з Чорнобильською катастрофою та посвідчення про категорію батьків (див. зразок у додатку 2); – Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів). 	<p>Довідка повинна бути видана районною або обласною державними адміністраціями з підписом, скріпленим гербовою печаткою.</p>
<p>Діти віком до 18 років, у яких померли батьки з числа учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, віднесених до <u>3 категорії</u>, смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою (<u>пункт 26 статті 20 через частину 2 статті 22</u>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Свідоцтво про смерть одного (обох) батьків; – Довідка про смерть одного (обох) батьків, де встановлено зв'язок з Чорнобильською катастрофою та посвідчення про категорію батьків (див. зразок у додатку 2); 	<p>Довідка повинна бути видана районною або обласною державними адміністраціями з підписом, скріпленим гербовою печаткою.</p>

	– Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).	
Діти віком до 18 років, батьки яких віднесені до 1 категорії <u>(частина 2 статті 20 через пункт 26 статті 20).</u>	– Свідоцтво про народження вступника та посвідчення про категорію батьків; – Вкладка до посвідчення (див. зразок у додатку 2); – Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).	
<i>Особи, яким надано статус інвалідів та інвалідів війни згідно з Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» та відповідно до абзацу другого, тринадцятого пункту 3 розділу III Умов прийому</i>		
Особи, які стали інвалідами внаслідок поранення, контузії чи інших ушкоджень здоров'я, одержаних під час участі у масових акціях громадського протесту в Україні з 21 листопада 2013 року по 21 лютого 2014 року за євроінтеграцію та проти режиму Януковича (далі - Революція Гідності), та які звернулися за медичною допомогою у період з 21 листопада 2013 року по 30 квітня 2014 року (пункт 10 частини другої статті 7).	– Посвідчення інваліда війни; – Довідка МСЕК (ЛТЕК) з висновком про зв'язок інвалідності з подіями Революції Гідності	Видається органами соціального захисту населення за місцем реєстрації громадянина на підставі довідки МСЕК про групу та причину інвалідності (поранення, контузія, каліцтво, захворювання, одержане під час участі у масових акціях громадського протесту в Україні з 21 листопада 2013 р. по 21 лютого 2014 р. за євроінтеграцію та проти режиму Януковича (у Революції Гідності)) та на підставі рішення міжвідомчої комісії з питань встановлення факту участі осіб у Революції Гідності
Особи, які визнані інвалідами війни (пункти 11 -14	– Посвідчення інваліда війни	

частини другої статті 7).	- Довідка МСЕК (висновок ЛТЕК).	
Особи, яким надано це право відповідно до абзацу четвертого та тринадцятого пункту 3 розділу III Умов прийому		
Особи з інвалідністю, які не спроможні відвідувати навчальний заклад (за рекомендацією органів охорони здоров'я та соціального захисту населення)	<ul style="list-style-type: none"> - Посвідчення інваліда - Довідка МСЕК - рекомендація органів охорони здоров'я та соціального захисту населення 	
Категорії осіб, які за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти, мають право приймати участь у конкурсі за результатами зовнішнього незалежного оцінювання 2016 або 2017 року, або вступних іспитів з певного (их) навчального (их) предмета (ів), з яких не брали участь в основній або додатковій сесіях ЗНО 2017 року, що визначено абзацом сьомим і п'ятнадцятим, пункту 3 розділу III Умов прийому (в межах квоти 1) відповідно до абзацу другого частини третьої статті 44 Закону України «Про вищу освіту»		
Категорія	Необхідні документи	Примітка
Особи, які в 2017 році не брали участь в основній та додатковій сесіях зовнішнього незалежного оцінювання з певного(их) навчального(их) предмета (ів) через наявність захворювання або патологічного стану, зазначеного в Переліку захворювань та патологічних станів, що можуть бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, затвердженому наказом Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року за № 1707/29837.	інформація про захворювання або патологічний стан, що може бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, зазначається в одному із нижчезазначених документів:: листку непрацездатності, довідці про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України, довідці про тимчасову непрацездатність військовослужбовця, формі первинної облікової документації № 095/о, або Індивідуальній програмі реабілітації дитини-інваліда № _____ (вікова категорія від 0 до 18 років), Індивідуальній програмі реабілітації інваліда № _____ (вікова категорія від 18 років і старше), формі первинної облікової документації № 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)»	За умови подання до приймальної комісії вищого навчального закладу одного з документів, зазначених у підпункті 1 пункту 2 наказу Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900 "Деякі питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність", зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року за № 1707/29837, або копії такого документа.

Категорії осіб, які за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти, мають право приймати участь у конкурсі за результатами ЗНО 2016 року або вступних іспитів, що визначено абзацом восьмим і шістнадцятим пункту 3 розділу III Умов прийому відповідно до абзацу другого частини третьої статті 44 Закону України «Про вищу освіту»

Особи, яким за рішенням регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти відмовлено в реєстрації для участі в 2017 році в зовнішньому незалежному оцінюванні через неможливість створення особливих (спеціальних) умов (за умови подання до приймальної комісії вищого навчального закладу копії медичного висновку за формою первинної облікової документації № 086-3/о "Медичний висновок про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання", затвердженою наказом Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900 "Деякі питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність", зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року за № 1707/29837, що завірений підписом секретаря регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти і печаткою регіонального центру оцінювання якості освіти, та відповідного витягу з протоколу засідання регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти).

- Довідка про хворобу згідно з переліком (Форма № 086-3/о).

Форма № 086-3/о надається лікарсько-консультативними комісіями закладів охорони здоров'я (далі - ЛКК)

Форму № 086-3/о підписують голова ЛКК (медичної комісії) та члени ЛКК (медичної комісії) закладу охорони здоров'я (ставляться підписи і вказуються прізвища, імена, по батькові).

Форма № 086-3/о засвідчується печаткою закладу охорони здоров'я, на базі якого працює ЛКК (медична комісія), або печаткою ЛКК закладу охорони здоров'я (за наявності).

Довідка лікувально-профілактичного закладу видається за місцем проживання вступника, і оформлюється лікарсько-контрольною комісією закладу з урахуванням Переліку захворювань, що можуть бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я України «Деякі питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність» від 29.08.2016 № 1027/900.

Довідка видається на запит вступника, батьків вступника або осіб, що їх замінюють.

Діти-сироти та діти, які залишилися без піклування батьків, а також особи з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, віком від 18 до 23 років, яким надано цей статус Законом України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» відповідно до абзацу шостого, чотирнадцятого пункту 3 розділу III Умов прийому мають право на участь у конкурсному відборі тільки за результатами вступних іспитів або тільки ЗНО 2016 або 2017 року (в межах квоти 1) відповідно до абзацу другого частини третьої статті 44 Закону України «Про вищу освіту»

<p>Дитина-сирота, в якій померли або загинули батьки.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>Питання надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування регулюється Порядком провадження органами опіки та піклування діяльності пов'язаної із захистом прав дитини, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 24.09.2008 № 866 (далі – Порядок), що набрала чинності 17.10.2008 року.</p>
<p>Діти, позбавлені батьківського піклування у зв'язку з: а) Позбавленням батьків батьківських прав;</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>Відповідно до пункту 22 Порядку районною, районною у м. Києві та Севастополі держадміністрацією, виконавчим органом міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини за поданням служби у справах дітей приймається рішення про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування. Зазначене рішення є офіційним документом, яким підтверджується статус дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування.</p>

<p>б) Відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав;</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>У рішенні зазначаються прізвище, ім'я, по батькові дитини, дата народження, обставини, за яких вона залишилась без батьківського піклування, документи, які підтверджують ці обставини, та форма влаштування дитини.</p> <p>Для дітей, які посиротіли до 17 жовтня 2008 року і щодо яких не приймалося окремого рішення про надання статусу, може слугувати витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування, який роздруковується з єдиного електронного банку даних про дітей-сиріт та дітей-позбавлених батьківського піклування, і засвідчується в установленому порядку керівником органу опіки та піклування.</p>
<p>в) Визнанням батьків безвісно відсутніми або недієздатними, оголошенням батьків померлими;</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>Якщо наявність права особи на пільгу залежить від досягнення нею певного віку (зокрема, 18 або 23 років), вона може скористатися нею, якщо не досягла вказаного віку на момент подачі документів до вищого навчального закладу. Навіть якщо документи подаються у день досягнення вказаного</p>
<p>г) Відбуванням батьками покарання в місцях позбавлення волі чи перебуванням їх під вартою на час слідства;</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>Якщо наявність права особи на пільгу залежить від досягнення нею певного віку (зокрема, 18 або 23 років), вона може скористатися нею, якщо не досягла вказаного віку на момент подачі документів до вищого навчального закладу. Навіть якщо документи подаються у день досягнення вказаного</p>

<p>д) Розшуком батьків органами внутрішніх справ, пов'язаним з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження;</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>віку, особа ще володіє пільгою. Особи, які подають документи вже на наступний день після досягнення вказаного віку, права на пільгу не мають.</p>
<p>е) Тривалою хворобою батьків, що перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки;</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	
<p>є) Підкинуті діти, батьки яких невідомі; діти, від яких відмовилися батьки; та безпритульні діти.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	
<p>Особи віком від 18 до 23 років з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	

<p>Особи, яких визнано учасниками бойових дій відповідно до пункту 19 частини першої статті 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», які відповідно до абзацу п'ятого, чотирнадцятого пункту 3 розділу III Умов прийому мають право на участь у конкурсному відборі тільки за результатами вступних іспитів або тільки ЗНО 2016 або 2017 року (в межах квоти 1)</p>		
<p>Особи, визнані учасниками бойових дій відповідно до пункту 19 частини першої статті 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» та які захищали незалежність, суверенітет і у тому числі ті, які проходять військову службу (крім військовослужбовців строкової служби) в порядку, визначеному відповідними положеннями про проходження військової служби громадянами України;</p>	<p>– Посвідчення учасника бойових дій.</p>	<p>Посвідчення встановленого зразка (видане військовим комісаріатом за місцем проживання).</p>
<p>Особи, яким відповідно до абзацу дванадцятого та чотирнадцятого пункту 3 розділу III Умов прийому надано право на участь у конкурсному відборі тільки за результатами вступних іспитів або тільки ЗНО 2016 або 2017 року</p>		
<p>Громадяни України, які в рік вступу здобули повну загальну середню освіту за кордоном.</p>	<p>1) паспортний документ; 2) документ про здобутий рівень освіти з одержаними з навчальних дисциплін оцінками (балами), легалізований відповідно до чинного законодавства країни.</p>	<p>Документ про освіту має бути перекладений українською мовою та нотаріально завірений.</p>
<p>Особи, яким відповідно до абзацу дев'ятого, чотирнадцятого пункту 3 розділу III Умов прийому надано право на участь у конкурсному відборі тільки за результатами вступних іспитів або тільки ЗНО 2016 або 2017 року</p>		
<p>Особи, звільнені з військової служби (у тому числі демобілізовані) після 30 листопада 2016 року відповідно до абзацу чотирнадцятого пункту 3 розділу III Умов прийому.</p>	<p>– Військовий квиток (копія)</p>	

Категорії осіб, які мають право на зарахування за державним або регіональним замовленням (в межах встановленої квоти 2), за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти, та які відповідно до абзацу десятого, вісімнадцятого пункту 3 розділу III Умов прийому мають право на участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів та/або ЗНО 2016 або 2017 року до уповноважених вищих навчальних закладів, вищих навчальних закладів на території Луганської і Донецької областей та переміщених ВНЗ.

Особи, яким відповідно до статті 7 Закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України» надано таке право..		
<p>Громадяни України, які проживають на тимчасово окупованій території або переселилися з неї після 01 січня 2017 року. (вступ до уповноважених вищих навчальних закладів, визначених відповідно до Порядку прийому для здобуття вищої та професійно-технічної освіти осіб, які проживають на тимчасово окупованій території України, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України від 24 травня 2016 року N 560, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 31 травня 2016 року за N 795/28925. Абзац одинадцятий, вісімнадцятий пункту 3 розділу III Умов прийому).</p>	<p>Особливості подання документів Заявником:</p> <ul style="list-style-type: none"> - документи подаються особисто в письмовій формі; - за відсутності документа про освіту державного зразка та додатка до нього Заявник подає довідку уповноваженого загальноосвітнього навчального закладу про успішне проходження річного оцінювання та державної підсумкової атестації, яка є підставою для участі в конкурсі без подання сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання; - сертифікат (сертифікати) зовнішнього незалежного оцінювання не подається.. 	<p>Довідка уповноваженого загальноосвітнього навчального закладу про успішне проходження річного оцінювання та державної підсумкової атестації дійсна впродовж трьох місяців і повинна бути замінена на документ про повну загальну середню освіту та додаток до нього.</p>
<p>Особи, яким відповідно до абзацу другого частини четвертої статті 44 Закону України «Про вищу освіту» та пункту 3 розділу III Умов прийому на навчання до вищих навчальних закладів України надано таке право.</p>		

<p>Громадяни України, місцем проживання яких є територія проведення антитерористичної операції (на період її проведення), територія населених пунктів на лінії зіткнення або які переселилися з неї після 01 січня 2017 року. (Вступ до навчальних закладів на території Луганської і Донецької областей та переміщених вищих навчальних, визначених відповідно до Порядку прийому для здобуття вищої та професійно-технічної освіти осіб, місцем проживання яких є територія проведення антитерористичної операції (на період її проведення), затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України від 21 червня 2016 року № 697, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 01 липня 2016 року за № 907/29037).</p>	<p>- Документи подаються особисто в письмовій формі; - за відсутності документа про освіту державного зразка та додатка до нього Заявник подає довідку уповноваженого загальноосвітнього навчального закладу про успішне проходження річного оцінювання та державної підсумкової атестації, яка є підставою для допуску Заявника до вступних випробувань та зарахування до вищих навчальних закладів відповідно до Переліку.</p>	<p>Довідка уповноваженого загальноосвітнього навчального закладу про успішне проходження річного оцінювання та державної підсумкової атестації дійсна впродовж трьох місяців і повинна бути замінена на документ про повну загальну середню освіту та додаток до нього.</p>
--	--	---

Категорії осіб, для яких конкурсний бал балансується за рахунок сільського (СК) коефіцієнту.

<p><i>Особи, для яких конкурсний бал збільшується в 1,02 рази (сільський коефіцієнт) відповідно до абзацу тринадцятого пункту 5 розділу VII Умов прийому на навчання до вищих навчальних закладів України.</i></p>		
<p>СК дорівнює 1,02 для осіб, зареєстрованих у сільських населених пунктах, які здобули повну загальну середню освіту у навчальних закладах, що знаходяться на території населених пунктів сільської місцевості, у рік вступу, та 1,00 в інших випадках.</p>	<p>Довідка про реєстрацію місця проживання особи за формою згідно з додатком 13 до Правил реєстрації місця проживання та Порядку передачі органами реєстрації інформації до Єдиного державного демографічного реєстру, що затверджені постановою КМУ від 2 березня 2016 року № 207.</p>	<p>Ця довідка про реєстрацію місця проживання/перебування подається особами, які отримали паспорт у формі картки (зразка 2015 року) та дітьми до 16 років. Довідка про місце проживання дійсна, якщо особа проживає у селі не менше одного року.</p>

Додаток

Зразки

ПОСВІДЧЕННЯ

дружини (чоловіка), опікунів дітей померлого громадянина із числа (ліквідаторів, потерпілих) категорії _____, смерть якого пов'язана з Чорнобильською катастрофою (непотрібне закреслити)

Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2001 р. № 1105

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, передбачені статтями _____



№ 025685

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Підпис _____

Дата видачі „__“ _____ 20 р.
м. п.

Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Термін дії для опікунів до _____

Посвідчення діє на всій території України

(орган, який видав посвідчення)

м. п. (підпис керівника)

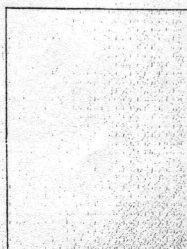
Бордового кольору

ПОСВІДЧЕННЯ

учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 19__ р.

Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25 серпня 1992 р. № 501

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України „Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи“ (у редакції від 19 грудня 1991 р., із змінами і доповненнями від 1 липня 1992 р.) для учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС з числа осіб, які працювали у зоні відчуження протягом 1986 року з 1 липня по 31 грудня від 1 до 5, у 1987 році від 1 до 14, у 1988–1990 роках – не менше 30 календарних днів.



(Категорія 3)

Серія А № 145867

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Власний підпис _____

Дата видачі „__“ _____ 19 р.
м. п.

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(установа, яка видала посвідчення)

м. п. (підпис керівника установи)

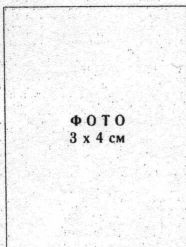
Зеленого кольору серії А

ПОСВІДЧЕННЯ

учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 198__ р.

Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України „Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи“.



(Категорія 2)

Серія А № 509145

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Підпис _____

Дата видачі „__“ _____ 20 р.
м. п.

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(установа, яка видала посвідчення)

(підпис керівника)

м. п.

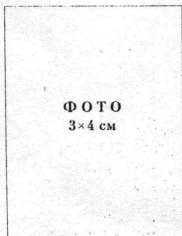
Синього кольору серії А

ПОСВІДЧЕННЯ

потерпілого від Чорнобильської катастрофи

Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51

Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".



(категорія 3)

Серія Б № 424629 С

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Підпис _____

Дата видачі «__» _____ 20 р.
м. п.

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(орган, який видав посвідчення)

м. п. (підпис керівника)

Зеленого кольору серії Б

Зразки

ПОСВІДЧЕННЯ
особи, яка потерпіла внаслідок
Чорнобильської катастрофи
(категорія 2)

*Затверджено постановою Кабінету
Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51*

*Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені
Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали
внаслідок Чорнобильської катастрофи".*

Серія Б № 300827 С

Прізвище _____
Ім'я _____
По батькові _____
Підпис _____
Дата видачі « ____ » _____ 20 ____ р.
М.П. _____

ФОТО
3 x 4 см

**Посвідчення безстрокове
і діє на всій території України**

(орган, який видав посвідчення)

М.П. _____
(підпис керівника)

Сірого
кольору
серії Б

ПОСВІДЧЕННЯ
особи, яка постраждала внаслідок
Чорнобильської катастрофи
(категорія 1)

*Затверджено постановою Кабінету
Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51*

*Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені
Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали
внаслідок Чорнобильської катастрофи".*

Серія А № 104980 С

Прізвище _____
Ім'я _____
По батькові _____
Підпис _____
Дата видачі « ____ » _____ 20 ____ р.
М.П. _____

ФОТО
3 x 4 см

**Посвідчення безстрокове
і діє на всій території України**

(орган, який видав посвідчення)

М.П. _____
(підпис керівника)

Синього
кольору
Серії А

ВКЛАДКА № 007162
до посвідчення дитини,
яка визнана інвалідом, інвалідність якої
пов'язана з Чорнобильською катастрофою

*Затверджено постановою Кабінету
Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51*

*Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені
Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали
внаслідок Чорнобильської катастрофи".*

Серія Д № _____

Прізвище _____
Ім'я _____ По батькові _____
Дійсна до « ____ » _____ 199 ____ р.

ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА

М.П. _____
(орган виконавчої влади, який видав посвідчення)

(підпис керівника органу виконавчої влади) _____ 199 ____ р.
Держзнак. ПК "Україна". Зам. 7-3190. 1997

ВКЛАДКА № 649543 С
до посвідчення громадянина (ки), який (яка), постраждав (ла)
внаслідок Чорнобильської катастрофи

Категорія 1 серія А № _____

Прізвище _____
Ім'я _____ По батькові _____
Дійсна до « ____ » _____ 200 ____ р.

ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА

М.П. _____
(орган виконавчої влади, який видав посвідчення)

(підпис керівника органу виконавчої влади) _____ 200 ____ р.

ПОСВІДЧЕННЯ
дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи

*Затверджено постановою Кабінету Міністрів України
від 20 січня 1997 р. № 51*

*Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації,
встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист
громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".*

Серія Д № 409879 * Н

Прізвище _____
Ім'я _____
По батькові _____
Підпис батька (матері) _____
М.П. _____
Дата видачі: « ____ » _____ 19 ____ р.
Серія і номер свідоцтва про народження _____

Фото
3x4 см

**ПОСВІДЧЕННЯ ДІЄ ДО ПОВНОЛІТТЯ ДИТИНИ
НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**

(ким і коли видане)

орган, який видав посвідчення

підпис керівника

М.П. _____

Жовтого
кольору
серії Д

Додаток N 7
до Порядку видачі посвідчень особам, які
постраждали внаслідок Чорнобильської
катастрофи, що затверджений
постановою КМУ від 20 січня 1997 р. N 51

ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЯ _____

КОРІНЕЦЬ ДОВІДКИ N _____

Виданий гр-ну (ці) _____
(прізвище, ім'я,

_____ по батькові)

про те, що він(вона) дійсно постійно проживає або постійно працює
чи постійно навчається на території зони посиленого
радіоекологічного контролю і за станом на 1 січня 1993 р.
проживав(ла) або відпрацював(ла) чи навчався(лася) у цій зоні не
менше _____ чотирьох _____ років
у _____

_____ (найменування населеного пункту) _____ області.

Довідка є підставою для видачі посвідчення потерпілого від
Чорнобильської катастрофи, віднесеного до категорії 4, відповідно
до статті 14 Закону України "Про статус і соціальний захист
громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" і
дає право на пільги, передбачені цим Законом.

Довідка дійсна з пред'явленням документа, що посвідчує особу.

Посадова особа,
яка видала довідку _____
(підпис)

Довідку одержав (ла) _____
(підпис)

" " _____ 19 р.

МП

Продовження додатка N 7

ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЯ _____

ДОВІДКА N _____

видана гр-ну(ці) _____ прізвище, ім'я,

_____ по батькові)

про те, що він(вона) постійно проживає або постійно працює чи
постійно навчається на території зони посиленого радіоекологічного
контролю і за станом на 1 січня 1993 р. проживав(ла) або
відпрацював(ла) у цій зоні не менше чотирьох років у

_____ області.

_____ (найменування населеного пункту)

Довідка є підставою для видачі посвідчення потерпілого від Чорнобильської катастрофи, віднесеного до категорії 4, відповідно до статті 14 Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" і дає право на пільги, передбачені цим Законом.

Довідка дійсна з пред'явленням документа, що посвідчує особу.

Заступник голови
держадміністрації

_____ (підпис)

МП

" ____ " _____ 19 ____ р.

<p>ПОСВІДЧЕННЯ</p> <p>(ким видано)</p> <p>серія УБД № 1111111</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>М.П. _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників бойових дій</p> <p>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</p> <p>Дата видачі « ____ » _____ 20 ____ р.</p> <p>М.П. _____</p> <p>_____ (підпис керівника установи, військового комісара)</p> <p style="text-align: right;"><small>ПК «Україна» Зам 15-3862, 2005 р. IV кв.</small></p>
---	---

<p>ПОСВІДЧЕННЯ</p> <p>(ким видано)</p> <p>серія В-І № 0000000</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>М.П. _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення є інвалідом ____ групи і має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – інвалідів війни</p> <p>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</p> <p>Дата видачі " ____ " 20 ____ р.</p> <p>М.П. _____</p> <p>_____ (підпис керівника установи, військового комісара)</p> <p style="text-align: right;"><small>Держком. ПК «Україна» Зам 6-3816, 2006 р. IV кв.</small></p>
---	--

<p>ПОСВІДЧЕННЯ</p> <p>(ким видано)</p> <p>серія Д № 0000000</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>М.П. _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників війни</p> <p>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</p> <p>Дата видачі « ____ » _____ 20 ____ р.</p> <p>М.П. _____</p> <p>_____ (підпис керівника установи, військового комісара)</p> <p style="text-align: right;"><small>Держком. КОФ Зам 240, 2001 р. IV кв.</small></p>
---	---

		Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для сімей загиблих (померлих) ветеранів війни
ПОСВІДЧЕННЯ	(ким видано)	ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ
	серія Т № 000000	Дата видачі "....." 20 р.
	Прізвище _____	М.П.
	Ім'я _____	(підпис керівника установи, військового комісара)
	По батькові _____	<small>Державн. ПК "Україна", зам. 6-3918, 2006 р. 10-жк.</small>
	М.П. _____	
Особистий підпис _____		

Додаток 13
до Правил реєстрації місця проживання та Порядку передачі органами реєстрації інформації до
Єдиного державного демографічного реєстру, що затверджені постановою КМУ від 2 березня
2016 р. № 207

ДОВІДКА про реєстрацію місця проживання особи

За відомостями _____
(назва органу реєстрації)

місце проживання _____

прізвище _____

ім'я _____

по батькові _____

дата і місце народження _____

громадянство/підданство _____

унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі*

зареєстроване за адресою _____
(адреса житла або адреса (місцезнаходження)

_____ спеціалізованої соціальної установи, закладу соціального обслуговування та соціального захисту

_____ або військової частини, за якою реєструється місце проживання)

з _____ 20 __ р. по _____ 20 __ р./по теперішній час
(необхідне зазначити).

М.П. _____

_____ (підпис) _____ (посада, прізвище та ініціали)

* Для осіб, яким оформлено паспорт громадянина України чи паспорт громадянина України для виїзду за кордон засобами Єдиного державного демографічного реєстру.

Додаток 1

до пункту 1.1 Порядку

ПОСВІДЧЕННЯ
 особи, яка одержує державну соціальну допомогу,
 відповідно до Закону України "Про державну
 соціальну допомогу інвалідам з дитинства
 та дітям-інвалідам"
 (2109-14)

лицьовий бік

	УКРАЇНА
	ПОСВІДЧЕННЯ

Стор. 1

Стор. 2

Ким видано	Дані про законного представника
	(опікуна) дитини-інваліда або
	інваліда з дитинства, визнаного
ПОСВІДЧЕННЯ	недієздатним:
	Прізвище
Серія ААВ N	Ім'я
Державна соціальна допомога	По батькові
	Рік народження
призначена:	
Прізвище	
Ім'я	фото законного
По батькові	представника
Рік народження	(опікуна)
	дитини-інваліда
	або інваліда з
	дитинства
фото дитини-інваліда	(наклеється за
або інваліда	бажанням
дитинства	одержувача)
	Дата видачі 20 р.

	Керівник структурного
	підрозділу
Причина та група інвалідності:	(підпис)
(група вказується для інвалідів	
(старше 18 років)	М.П.
	Номер особової справи
(крім причини інвалідності	
необхідно зазначити: інвалідність	
(по слуху, зору, опорно-рухового	
(апарату)	

Стор. 3

Стор. 4

Державну	Державну	Державну	Державну
соціальну допомогу	соціальну допомогу	соціальну допомогу	соціальну допомогу
призначено	продовжено	продовжено	продовжено
з 20 р.	із 20 р.	з 20 р.	із 20 р.
до 20 р.	до 20 р.	до 20 р.	до 20 р.
у сумі грн.	у сумі грн.	у сумі грн.	у сумі грн.
М.П.	М.П.	М.П.	М.П.
(підпис керівника	(підпис керівника	(підпис керівника	(підпис керівника
структурного	структурного	структурного	структурного
підрозділу)	підрозділу)	підрозділу)	підрозділу)
Державну	Державну	Державну	Державну
соціальну допомогу	соціальну допомогу	соціальну допомогу	соціальну допомогу
продовжено	продовжено	продовжено	продовжено
з 20 р.	із 20 р.	з 20 р.	із 20 р.
до 20 р.	до 20 р.	до 20 р.	до 20 р.
у сумі грн.	у сумі грн.	у сумі грн.	у сумі грн.
М.П.	М.П.	М.П.	М.П.
(підпис керівника	(підпис керівника	(підпис керівника	(підпис керівника
структурного	структурного	структурного	структурного
підрозділу)	підрозділу)	підрозділу)	підрозділу)

Стор. 5

Стор. 6

Для відміток	Посвідчення особи, яка одержує державну
	соціальну допомогу, відповідно до
	Закону України "Про державну соціальну
	допомогу інвалідам з дитинства та
	дітям-інвалідам" дійсне на всій
	території України.
	(Згідно зі статтею 1 Закону України "Про
	державну соціальну допомогу інвалідам з
	дитинства та дітям-інвалідам" інвалідам
	з дитинства та дітям-інвалідам, які
	мають одночасно право на державну
	соціальну допомогу відповідно до цього
	Закону, на пенсію та на державну
	соціальну допомогу згідно із Законом
	України "Про державну соціальну
	допомогу особам, які не мають права на

Додаток
до Порядку
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 26 серпня 2015 р. № 636)

ДОВІДКА
від _____ 20__ р. № _____
про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи

Видана

(прізвище, ім'я, по батькові)

Дата і місце народження

Стать _____

(серія, номер, дата і суб'єкт видачі паспорта громадянина України/дані про інший

документ, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України)

Відомості про малолітніх, неповнолітніх осіб, які прибули разом із внутрішньо переміщеною особою

Зареєстроване місце проживання

(вулиця, номер будинку, номер квартири,

населений пункт, район, область)

Фактичне місце проживання

(вулиця, номер будинку, номер квартири,

населений пункт, район, область)

Довідка пред'являється разом із паспортом громадянина України або іншим документом, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України.

Посадова особа структурного підрозділу
з питань соціального захисту населення

(підпис)

М.П. _____ 20__ р.

місце для службової інформації

(лінія відрізу)

ВІДРИВНИЙ ТАЛОН до довідки від _____ №

 виданої

(прізвище, ім'я, по батькові)

(серія, номер, дата і суб'єкт видачі паспорта громадянина України/
дані про інший документ, що посвідчує особу та підтверджує громадянство України)

(дата)

(підпис особи, якій видано довідку)

місце для службової інформації

Зворотний бік довідки

Місце для відмітки про
реєстрацію місця проживання
(проставляється
територіальним підрозділом
ДМС)

*{Додаток із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 264 від 15.04.2015; в редакції
Постанови КМ № 636 від 26.08.2015}*

Інформація про захворювання або патологічний стан, що може бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, зазначається в одному із нижчезазначених документів.:

листка непрацездатності, форма якого затверджена наказом МОЗ, Мінсоцполітики, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03 листопада 2004 року № 532/274/136-ос/1406, зареєстрованим у Мінюсті 17 листопада 2004 року за № 1454/10053, - для зайнятого населення;

довідці про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України, форма якої затверджена наказом Міністерства внутрішніх справ України від 23 березня 2016 року № 201, зареєстрованим у Мінюсті 12 квітня 2016 року за № 535/28665, - для поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України;

довідці про тимчасову непрацездатність військовослужбовця, виданій органом, у сфері управління якого перебуває заклад охорони здоров'я, - для військовослужбовців строкової служби, офіцерів та військовослужбовців військової служби за контрактом;

формі первинної облікової документації № 095/о «Довідка № про тимчасову непрацездатність студента навчального закладу I - IV рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад», затвердженій наказом МОЗ від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Мінюсті 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для випускників загальноосвітніх навчальних закладів, учнів (слухачів, студентів) професійно-технічних, вищих навчальних закладів;

формі первинної облікової документації № 080/о «Медичний висновок про дитину-інваліда віком до 18 років», наведеній у додатку до Порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років, затвердженого наказом МОЗ від 04 грудня 2001 року № 482, зареєстрованого в Мінюсті 10 січня 2002 року за № 11/6299, або Індивідуальній програмі реабілітації дитини-інваліда № (вікова категорія від 0 до 18 років), форма якої затверджена наказом МОЗ від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Мінюсті 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464, - для дітей-інвалідів віком до 18 років;

Індивідуальній програмі реабілітації інваліда № (вікова категорія від 18 років і старше), форма якої затверджена наказом МОЗ від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Мінюсті 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464, - для інвалідів;

формі первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для інших осіб;

формі первинної облікової документації № 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)», затвердженій наказом МОЗ від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Мінюсті 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для інших осіб;

Зразки форм довідок, що
затверджені наказом Міністерства освіти і науки України, Міністерства
охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900 "Деякі
питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах
осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність",
зарєєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року
за № 1707/29837:

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 086-3/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> N <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК № _____ про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання																					
Дата видачі " ____ " _____ 20__ року																					
1. Прізвище, ім'я, по батькові особи _____																					
2. Дата народження (число, місяць, рік) _____																					
3. Місце проживання особи _____																					
4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта) _____																					
5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____																					
6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання																					
/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /																		
(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)																		
/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /	/ ____ / ____ / ____ / ____ /																		
(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)																		
7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання _____																					
Голова медичної комісії (ЛКК)	_____	_____																			
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)																			

Члени медичної комісії (ЛКК):	_____	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
	_____	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
	_____	_____	_____
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	

М. П.
(закладу охорони здоров'я або ЛКК)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____

Код за ЄДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації
№ 086-3/о
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства освіти і науки України,
Міністерства охорони здоров'я України
_____ N _____

КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до МЕДИЧНОГО ВИСНОВКУ N _____
про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

Дата видачі " ____ " _____ 20__ року

1. Прізвище, ім'я, по батькові особи _____

2. Дата народження (число, місяць, рік) _____

3. Місце проживання особи _____

4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта)

5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____

6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

/ _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ /
(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)
/ _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ /
(код умови)	(код умови)	(код умови)	(код умови)

7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але

створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

Голова медичної комісії (ЛКК)	_____	_____	
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
Члени медичної комісії (ЛКК):	_____	_____	
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
	_____	_____	
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	
	_____	_____	
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)	

М. П.

(закладу охорони здоров'я або ЛКК)

Примітка. На основі контрольних талонів здійснюється облік виданих медичних висновків.

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я
України14 лютого № 1
2012 року 1
0**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого № 1
2012 року 1
0

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації	Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації
	№ 095/о		№ 095/о
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України	Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України
Код за ЄДРПОУ □□□□□□□□	□□□□□□□□ № □□□□	Код за ЄДРПОУ □□□□□□□□	□□□□□□□□ № □□□□

ДОВІДКА № _____ про тимчасову непрацездатність студента навчального закладу I–IV рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад	КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до довідки № _____
Дата видачі “ _____ ” _____ 20 ____ року	Дата видачі “ _____ ” _____ 20 ____ року
1. Студенту, учню, дитині, що відвідує дошкільний навчальний заклад (необхідне підкреслити) (найменування навчального закладу)	1 Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____
2. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____	2. Найменування навчального закладу _____
3. Дата народження (рік, місяць, число, для дітей до 1 року – день) _____	3. Діагноз (зазначається за згодою пацієнта) _____
4. Діагноз захворювання (зазначається за згодою пацієнта), інші причини відсутності	4. Звільнений(на) від занять (роботи), відвідувань дошкільного навчального закладу

5. Наявність контакту з інфекційним
хворим (так, ні) _____

(підкреслити, вписати)

6. Звільнений(на) від занять, відвідувань дошкільного навчального закладу
з _____ по _____ 20 ____ року

з _____ по _____ 20 ____ року

М.П.

Підпис лікаря _____

з _____ по 20 ____ року

Звільнення продовжено

з _____ по 20 ____ року

з _____ по 20 ____ року

Прізвище лікаря, який видав
довідку _____

М.П.

Підпис лікаря _____

Примітка. Контрольні талони служать для обліку виданих довідок.

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА
реабілітації дитини-інваліда N _____
(вікова категорія від 0 до 18 років)

Дата заповнення _____ ЛКК _____

(найменування
лікувально-профілактичного
закладу)

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда _____
 2. Дата народження _____ 3. Стать _____
 4. Місце проживання _____ тел. _____
 5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити)
 6. Професія _____
 7. Працює (спеціальність, посада) _____
 8. Наявність інвалідності _____
 9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____
12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____
13. Обмеження життєдіяльності:

N	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів виконання	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про
	обсяг	терміни	місце		
	проведення	проведення	проведення		
I Послуги					
1. Медична реабілітація					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
санаторно-курортне лікування					
реконструктивна хірургія					
психіатрична допомога					
слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого-педагогічна діагностика					
психолого-педагогічний патронаж					
психологічна та педагогічна корекція					
освітні послуги:					
- колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання					
- індивідуальна форма навчання					
- дистанційна форма					

навчання, екстернат					
3. Фізична реабілітація					
консультування					
ерготерапія					
кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
професійна орієнтація					
професійний відбір					
професійна освіта					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
5. Трудова реабілітація					
пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та фізичних можливостей інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і спеціальності, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно-					

спортивна реабілітація					
навчання заняттям з фізичної культури					
оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно- спортивної реабілітації інвалідів					
навчально- тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
навчання основним соціальним навичкам					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія					
пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
II Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: - мобільні телефони для письмового					

спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони - електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом - телевізійні збільшувальні прилади - тифломагнітоли - машини, що читають - прилад для письма шрифтом Брайля - папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля - диктофони - плеери для відтворення звукозапису - годинник - тростини тактильні				
- 3. Спеціальні засоби для самообслуговування:				
- допоміжні побутові пристрої				
- 4. Спеціальні засоби для догляду:				
- допоміжні засоби для туалету - допоміжні засоби для підіймання - крісла-стілці із санітарним оснащенням				
- 5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю				
- меблі спеціального призначення - комп'ютерні програми для навчання - спеціальні підручники, література шрифтом Брайля				
- 6. Протезні вироби:				

<ul style="list-style-type: none"> - ортопедичні вироби - ортопедичне взуття - спеціальний одяг 					
<ul style="list-style-type: none"> - 7. Спеціальне фізкультурно- спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар: - спеціальні крісла-колісні для занять окремими видами спорту - шведська стінка, інші спеціальні тренажери - спеціальне фізкультурно- спортивне обладнання 					
<ul style="list-style-type: none"> - III Вироби медичного призначення 					
<ul style="list-style-type: none"> - - протезування клапанів - забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС) - ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ - сечоприймачі - калоприймачі - слухові апарати - очні протези (тимчасові або індивідуальні) - окуляри - контактні лінзи - лупи - гіперокуляри - світлофільтри - діафрагмальні, мінусові ручні лінзи - акустичні окуляри - епіпротези, орбітальний 					

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства охорони
 здоров'я України
 14 лютого 2012 № 110
 року

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>_____</p> <p>Код за ЄДРПОУ <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/></p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <hr/> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 086/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p><input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> № <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/></p>
<p>МЕДИЧНА ДОВІДКА (лікарський консультаційний висновок) заповнюється на абітурієнтів, які вступають у навчальні заклади всіх рівнів акредитації від “___” _____ 20___ року</p>	
<p>1. Видана _____</p> <p style="text-align: center;">(найменування і адреса закладу, що видав довідку)</p>	

2. Найменування навчального закладу, куди подається довідка

3. Прізвище, ім'я, по батькові

4. Стать чоловіча – 1; жіноча – 2

5. Дата
народження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць,
рік)

6. Місце проживання хворого

7. Перенесені захворювання

8. Об'єктивні дані і стан здоров'я хворого на дату обстеження :
терапевт (лікар загальної практики – сімейний лікар, педіатр)

хірург

невропатолог

окуліст

отоларинголог

інші спеціалісти

9. Дані рентгенівського (флюорографічного) обстеження

10. Дані лабораторних досліджень

11. Дані інструментальних обстежень

12. Запобіжні щеплення (вказати дату)

13. Лікарський висновок про професійну придатність

Підпис особи, яка заповнила довідку

Підпис керівника закладу охорони здоров'я

М.П.

Листок непрацездатності
Ліцьовий бік

Заповнюється лікарем і зберігається в закладі охорони здоров'я

**ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ
ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N**

(відповідає підприємству)

Серія N

(прізвище лікаря)

(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного) N медичної карти

(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного) (Підпис охоронця)

(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)

Віданій 20 р.

(число, місяць)

КОРИНЕЦЬ

Л І Н І Я В І Д Р І З У

**ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ
ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N**

Серія N

(відповідає підприємству)

(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я)

Віданій 20 р.

(число, місяць)

(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного) (пояснює роки)

Вік

Печомка закладу охорони здоров'я	
Чол.	Жінк.
Відповідає підприємству	
Підпр.	МССК-10.....

Діагноз первинний: Діагноз заключний:

Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, невиробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік)..... – 10.

РЕЖИМ: Відмітки про порушення режиму:
Підпис лікаря.....

Перебував у стаціонарі з.....р. по.....р.	20.....р.	Направлений у МССЕК Підпис голови ПКК.....	20.....р.
Перевести тимчасово на іншу роботу з.....р. по.....р.	20.....р.	Опинувтий у МССЕК Висновок МССЕК.....	20.....р.
Підпис голови ПКК.....	М. П.		
Видачу листка непрацездатності дозволяю: Підпис головного лікаря.....	М. П.	Підпис голови МССЕК.....	М. П. МССЕК

З В І Д Р І З У			
З якого числа	До якого числа включно	Посада	Підпис та печатка лікаря
3 <small>(число, місяць, рік)</small>	<small>(сповзане число і місяць)</small>	і прізвище лікаря	
3 <small>(число, місяць, рік)</small>	<small>(сповзане число і місяць)</small>		
3 <small>(число, місяць, рік)</small>	<small>(сповзане число і місяць)</small>		
3 <small>(число, місяць, рік)</small>	<small>(сповзане число і місяць)</small>		

СТАТИ ДО РОБОТИ

3 (сповзане число і місяць) посада, прізвище

ПРОДОВЖУЄ ХВОРОТИ (сповзане число і місяць) Печомка
закладу охорони
здоров'я

Видано новий листок непрацездатності (продовження) N..... підпис лікаря

ПРИМІТКА:

ЗА ПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Зворотний бік

Заповнюється табельником або уповноваженою особою	<p align="center">(назва підприємства, установи, організації)</p> Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. N..... Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібно підкреслити). Не працював з "....."..... 20...р. до "....."..... 20...р. Неробочі дні за період непрацездатності..... <p align="right">(числа)</p> До роботи став з ".....".....20...р. Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..... Дата.....					
Заповнюється випущеною або уповноваженою особою	Застрахована особа віднесена: до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядать хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи, ветеран війни (потрібно підкреслити). Страховий стаж на день настання непрацездатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібно підкреслити). <p align="center">..... (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)</p>					
Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення допомоги	<p align="center">ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА:</p> З тимчасової непрацездатності в розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів З вагітності та пологов у розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів Допомога не надається з причини:,..... Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від 20...р. N..... <p align="center">..... (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)</p>					
Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації	<p align="center">ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ</p> Місячний оклад..... грн. Денна тарифна ставка..... грн.					
	Місяці	Кількість робочих днів (годин)	Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата		
Усього:						
При переведенні під час хвороби на іншу роботу з "....."..... 20...р. до "....."..... 20...р. заробітна плата за..... днів становить.....						
<p align="center">НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ</p>						
З якого часу і до якого	За скільки днів (годин)	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) допомога в грн. і коп.	Усього нараховано	Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу	
<p align="center">..... (усього нараховано — сума словами)</p>						
Включено до платіжної відомості за..... місяць 20...р. Печатка Прізвище і підпис керівника..... Підпис головного <p align="right">(старшого) бухгалтера...</p>						

ДОВІДКА
про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії
України

Первинна, продовження довідки N _____
(потрібне підкреслити)

(найменування закладу охорони здоров'я МВС)

Видана _____ 20__ року лікарем _____

вік _____

(спеціальне (військове) звання, прізвище, ім. я, по батькові тимчасово непрацездатного) (повних років)

(місце служби: найменування органу поліції, органу військового управління, об'єднання, з'єднання, військової частини (підрозділу), вищого військового навчального закладу, навчальної військової частини (центру), бази, закладу охорони здоров'я та установи Національної гвардії України)

(медична карта амбулаторного хворого N _____)

Медична карта стаціонарного хворого N _____)

Діагноз первинний

Діагноз заключний

Шифр МКХ-10

Причина тимчасової непрацездатності: захворювання загальне-1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції – 3, травма під час служби та її наслідки – 4, невиробничі травми – 5, карантин – 6, медична реабілітація та санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи- 8, ортопедичне протезування – 9, догляд за хворим членом сім'ї (вік) – 10.

Режим

Відмітка про порушення режиму

Підпис лікаря

Перебував у стаціонарі з _____ 20__ р. по _____ 20__ р.

ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД СЛУЖБИ

З (число, місяць, рік)

До якого числа включно
(словами число, місяць)

Прізвище лікаря

Підпис та печатка
лікаря

ПРИСТУПИТИ ДО СЛУЖБИ

(словами число і місяць)

(посада, прізвище лікаря)

Печатка _____
закладу **ПРОДОВЖУЄ**
охорони **ХВОРИТИ** _____
здоров'я Видано довідку
МВС про тимчасову
непрацездатність
(продовження) N _____

**Індивідуальна програма реабілітації інваліда N ____
(вікова категорія від 18 років і старше)**

Дата заповнення _____ МСЕК _____
(найменування МСЕК)

1. Прізвище, ім'я, по батькові інваліда _____
2. Дата народження _____ 3. Стать _____
4. Місце проживання _____ тел. _____
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити).
6. Професія _____
7. Працює (спеціальність, посада) _____
8. Група інвалідності _____ Причина інвалідності _____
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____

12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____

13. Обмеження життєдіяльності:

N	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації МСЕК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	термін проведення	місце проведення		
I Послуги					
1. Медична реабілітація					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
реконструктивна хірургія					
санаторно-курортне лікування					
психіатрична допомога					

слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого-педагогічна діагностика					
психолого-педагогічний патронаж					
психологічна та педагогічна корекція					
освітні послуги: - колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання - індивідуальна форма навчання - дистанційна форма навчання, екстернат					
3. Фізична реабілітація					
консультування					
ерготерапія					
кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна орієнтація					
професійний відбір					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
професійна освіта					
5. Трудова реабілітація					
пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і спеціальності, доступні за					

станом здоров'я					
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
навчання навичкам занять з фізичної культури					
оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів					
навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
навчання основним соціальним навичкам					
приспособлення меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія					
II Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: - мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони - електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом - телевізійні збільшувальні прилади - прилад для письма шрифтом за Брайлем - тифломагнітоли - машини, що читають					

<ul style="list-style-type: none"> - папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля - диктофони - плеєри для відтворення звукозапису - годинник - книги, видруковані шрифтом Брайля - тростини тактильні 					
<p>3. Спеціальні засоби для самообслуговування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - допоміжні побутові пристрої 					
<p>4. Спеціальні засоби для догляду:</p> <ul style="list-style-type: none"> - допоміжні засоби для туалету - допоміжні засоби для підймання - крісла-стілці із санітарним оснащенням 					
<p>5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комп'ютерні програми для навчання - спеціальні підручники, література шрифтом Брайля - меблі спеціального призначення 					
<p>6. Протезні вироби:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ортопедичні вироби - ортопедичне взуття - спеціальний одяг 					
<p>7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тренажери - спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту - шведська стінка - інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання 					
<p>III Вироби медичного призначення</p>					

<ul style="list-style-type: none"> - протезування клапанів - забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС) - ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ - сечоприймачі - калоприймачі - слухові апарати - очні протези (тимчасові або індивідуальні) - окуляри - контактні лінзи - лупи - гіперокуляри - світлофільтри - діафрагмальні, мінусові ручні лінзи - акустичні окуляри - тростини - епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока - протези зубів, щелеп 					
---	--	--	--	--	--

15. Реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький (підкреслити).

16. Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати) _____

17. Проведена співбесіда з інвалідом;

Дата _____ Підпис фахівця _____

18. Додаткові відмітки (побажання інваліда, його законного представника) _____

19. Дата контролю за виконанням ІПР _____

20. Підпис інваліда (законного представника)

Підпис Голови МСЕК _____

Печатка МСЕК _____

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити).

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилась (підкреслити).

21.3. Технічні засоби: компенсують обмеженість життєдіяльності в повному обсязі; частково; не компенсують (підкреслити).

21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації: не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (підкреслити або вказати яких) _____

21.5. ІПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкреслити).

21.6. Мета ІПР: досягнута; не досягнута (підкреслити).

21.7. Причини невиконання ІПР: небажання інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше (підкреслити).

Підсумки МСЕК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів МСЕК _____
(ініціали, прізвище)

Печатка МСЕК _____ Дата _____

Додаток
до Порядку видачі медичного
висновку про дитину-інваліда
віком до 18 років

Код форми за ДКУД								
Код закладу за ЄДРПОУ								

Код форми за ДКУД								
Код закладу за ЄДРПОУ								

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу	ФОРМА N 0 8 0 / o
	Затверджена наказом МОЗ України
	0 4 1 2 2 0 0 1 р. N 4 8 2

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу	ФОРМА N 0 8 0 / o
	Затверджена наказом МОЗ України
	0 4 1 2 2 0 0 1 р. N 4 8 2

КОРІНЕЦЬ
медичного висновку N _____
про дитину-інваліда віком до 18 років
від " ____ " _____ р.

Медичний висновок N _____
про дитину-інваліда віком до 18 років
(направляється в районне (міське)
управління праці та соціального
захисту населення за місцем
проживання батьків, опікуна)
від " ____ " _____ р.

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

2. Дата народження | | | | | | | |

(число, місяць, рік)

3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна
(необхідне підкреслити) _____

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____

5. Захворювання (патологічний стан) _____

відповідає розділу _____, пункту _____,
підпункту _____ Переліку медичних показань

Дійсний до " ____ " _____ р.

Л
і
н
і
я
в
і
д
р
і
з
у

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____

2. Дата народження | | | | | | | |

(число, місяць, рік)

3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна
(необхідне підкреслити) _____

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____

5. Захворювання (патологічний стан) _____

Дата перегляду " _____ " _____ р.

Головний лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

(Заступник головного лікаря з мед. частини)

_____ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Лікуючий лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Направлено в районне (міське)
управління праці та соціального захисту населення

" _____ " _____ р. Поштова квитанція
(дата)

стор. 2 ф. № 080/о

б. Висновок. Найвне захворювання (патологічний стан)
відповідає розділу _____, пункту _____,
підпункту _____ Переліку медичних показань,
що дають право на одержання державної соціальної допомоги
на дітей-інвалідів віком до 18 років, затвердженого
наказом Міністерства охорони здоров'я України,
Міністерства праці та соціальної політики України,
Міністерства фінансів України від 8 листопада 2001 р.
N 454/471/516

Висновок дійсний до " _____ " _____ р.

Дата перегляду " _____ " _____ р.

М.П. Головний лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

(Заступник головного лікаря з медичної частини)
_____ (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

Лікуючий лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

Handwriting practice lines consisting of four solid horizontal lines and two dashed horizontal lines, all contained within a vertical dashed line on the right side.

A large rectangular area enclosed by a dashed border, containing a horizontal line and two vertical lines near the bottom, likely for a drawing or diagram.

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА
реабілітації інваліда N _____
(вікова категорія від 18 років і старше)

Дата заповнення _____ МСЕК _____
 (найменування МСЕК)

1. Прізвище, ім'я, по батькові інваліда _____
2. Дата народження _____ 3. Стать _____
4. Місце проживання _____ тел. _____
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити).
6. Професія _____
7. Працює (спеціальність, посада) _____
8. Група інвалідності _____ Причина інвалідності _____
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (підкреслити)
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____
12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____

13. Обмеження життєдіяльності:

N	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації МСЕК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	термін проведення	місце проведення		
I Послуги					

1. Медична реабілітація					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
реконструктивна хірургія					
санаторно-курортне лікування					
психіатрична допомога					
слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
2. Психолого- педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого- педагогічна діагностика					
психолого- педагогічний патронаж					
психологічна та педагогічна корекція					
освітні послуги: - колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання - індивідуальна форма навчання - дистанційна форма навчання, екстернат					
3. Фізична реабілітація					
консультування					
ерготерапія					

кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна орієнтація					
професійний відбір					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
професійна освіта					
5. Трудова реабілітація					
пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і спеціальності, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
навчання навичкам занять з фізичної культури					
оздоровлення та					

реабілітація у таборах фізкультурно- спортивної реабілітації інвалідів					
навчально- тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
навчання основним соціальним навичкам					
пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія					
II Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: - мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони					

- електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом - телевізійні збільшувальні прилади - прилад для письма шрифтом за Брайлем - тифломагнітоли - машини, що читають - папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля - диктофони - плеєри для відтворення звукозапису - годинник - книги, видруковані шрифтом Брайля - тростини тактильні					
3. Спеціальні засоби для самообслуговування: - допоміжні побутові пристрої					
4. Спеціальні засоби для догляду: - допоміжні засоби для туалету - допоміжні засоби для підіймання - крісла-стілці із санітарним оснащенням					
5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю: - комп'ютерні програми для навчання - спеціальні підручники, література шрифтом Брайля - меблі спеціального призначення					
6. Протезні вироби: - ортопедичні вироби - ортопедичне					

взуття					
- спеціальний одяг					

7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:					
- тренажери					
- спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту					
- шведська стінка					
- інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання					

III Вироби медичного призначення					

- протезування клапанів					
- забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС)					
- ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ					
- сечоприймачі					
- калоприймачі					
- слухові апарати					
- очні протези (тимчасові або індивідуальні)					
- окуляри					
- контактні лінзи					
- лупи					
- гіперокуляри					
- світлофільтри					
- діафрагмальні, мінусові ручні лінзи					
- акустичні окуляри					
- тростини					
- епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока					
- протези зубів, щелеп					

15. Реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький (підкреслити).

16. Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати) _____

17. Проведена співбесіда з інвалідом;

Дата _____ Підпис фахівця _____

18. Додаткові відмітки (побажання інваліда, його законного представника) _____

19. Дата контролю за виконанням ІПР _____

20. Підпис інваліда (законного представника) _____

Підпис Голови МСЕК _____

Печатка МСЕК _____

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити).

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилась (підкреслити).

21.3. Технічні засоби: компенсують обмеженість життєдіяльності в повному обсязі; частково; не компенсують (підкреслити).

21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації: не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (підкреслити або вказати яких) _____

21.5. ІПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкреслити).

21.6. Мета ІПР: досягнута; не досягнута (підкреслити).

21.7. Причини невиконання ІПР: небажання інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше (підкреслити).

Підсумки МСЕК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів МСЕК _____
(ініціали, прізвище)

Печатка МСЕК _____ Дата _____

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 027/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України N

ВИПСКА

із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого

У _____
(наменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Дата народження |_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

3. Місце проживання хворого: область _____, район _____, місто(село) _____, вулиця _____, будинок _____,

кв. _____

4. Місце роботи (посада) _____

5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі:

захворювання

|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

направлення в стаціонар

|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

Б) у стаціонарі: надходження

|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

|_|_|_|_|_|_|_|_|
(число, місяць, рік)

6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):

7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування, стан при направленні, при виписці

8. Лікувальні і трудові рекомендації

"__" _____ 20__ року

Лікуючий лікар

(прізвище, підпис)