**Перечень технических средств реабилитации, медицинских показаний, противопоказаний, сроков эксплуатации и технических характеристик технических средств реабилитации**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование технических средств реабилитации** | **Показания** | **Противопо-казания** | **Срок эксплуатации** | **Описание технических средств реабилитации** |
| 1. | Сиденье -надставка унитаза с фиксирующим приспособлением | Ограничение способности к передвижению 2 ст. при наличии:1.Анкилоза или артроза суставов нижних конечностей (коленных, тазобедренных суставов) нарушение функции сустава 3-4 ст.;2.Выраженного и значительновыраженного нижнего парапареза;3.Параплегии нижних конечностей;4.Ампутационной культи одной или обеих нижних конечностей на уровне бедра | Масса тела свыше 115 кг | Не менее 5 лет | Полая конструкция; моющийся пластик; гигиенический вырез; вес 900 г;максимальная нагрузка - 115 кг;с поручнями или без поручней.Насадки на унитаз увеличивают высоту унитаза на 12 см, что способствует оптимальному положению пациента и обеспечивает ему комфорт. |
| 2. | Надкроватныйстолик | 1.Ограничение способности к передвижению 3 ст.2.Ограничение способности к самообслуживанию 3 ст. | Нет | Не менее 5 лет | Габариты столешниц 410x820;высота - 84-1140 мм; масса - не более 11 кг. Предназначен для самообслуживания и ухода за лежащими в кровати инвалидами. |
| 3. | Изголовьерегулируемое | 1.Ограничение способности к передвижению 3 ст.2.Ограничение способности к самообслуживанию 3 ст. | Нет | Не менее 5 лет | Длина - 590 мм; ширина - 680 мм;угол - 15-75 градусов (шаг - 15 градусов); масса- 2,5 кг.Конструкция металлической рамы с опорной поверхностью из хлопчатобумажной ленты. |
| 4. | Сиденье для ванны анатомической формы | 1. Выраженные и значительновыраженные изменения позвоночника, мышечного каркаса.позвоночного столба.2. Ограничение способности кпередвижению 2 ст. | Масса тела свыше 125 кг. | Не менее 5 лет | Крепежные элементы из алюминия.Сиденье со спинкой анатомической формы из высококачественного ПВХ со сливными отверстиями. Максимальная нагрузка 125 кг. |
| 5. | Сиденье для ванны без спинки | 1. Выраженные и значительно выраженные изменения позвоночника, мышечного каркаса позвоночного столба.2. Ограничение способности к передвижению 2 ст. | Масса тела свыше 125 кг.Нарушение статодинамической функции 4 ст. | Не менее 5 лет | Крепежные элементы из алюминия.Сиденье без спинки из высококачественного ПВХ со сливными отверстиями.Максимальная нагрузка 125 кг. |
| 6. | Сиденье для купания ребенка-инвалида с ДЦП | 1. Стойкие выраженные нарушения статодинамических функций, вследствие ДЦП (выраженный, значительно выраженный гемипарез, парапарез, параплегия, тетрапарез, выраженные гиперкинетический и атактический синдромы).2.Ограничение способности ксамообслуживанию 2-3 ст.3.Ограничение способности кпередвижению 2-3 ст. | Масса тела свыше 45 кг. | Не менее 3 лет | Изготовлено из специальных материалов, хорошо попускающих воду.Регулируется угол наклона спины и высоты подъема голени.Основа сидения из пластмассы.На сидении имеются специальные ремни, фиксирующие положение тела и головы ребенка.Для ребенка с массой тела до 25 кг:Длина - 1000 мм;высота - 410 мм; 140-510 мм;вес - 4,3 кг.Для ребенка с массой тела до 45 кг:Длина - 1150 мм;высота - 440 мм; 140-560 мм;вес - 5 кг. |
| 7. | Стульчик для ванны (со спинкой или без спинки) | 1.Ограничение способности ксамообслуживанию 2-3 ст. вследствие выраженных и значительно выраженных функциональных нарушений суставов, позвоночника.2.Ограничение способности кпередвижению 2 ст. | Нарушение статодинамической функции 4 ст.Масса тела свыше 125 кг | Не менее 5 лет | Длина - 500 мм;ширина - 370 мм;масса - не более 4,4 кг;масса пользователя - не более 125 кг.Изготавливается для ванн с поперечным размером не менее 650 мм, душевых и саун.Имеет дополнительные упоры для лучшей устойчивости. |
| 8. | Подъемное устройство для ванной комнаты (складное малогабаритное) | 1.Ограничение способности к самообслуживанию 3 ст.2.Ограничение способности к передвижению 3 ст. | Масса тела свыше 140 кг | Не менее 7 лет | Подъемное устройство складное, малогабаритное, выполнено из гигиенического пластика для облегчения водных процедур с мощным приводом, водонепроницаемым пультом управления, со встроенным аккумулятором и возможностью автономной подзарядки.Габаритные размеры сиденья 59 х 71,5 х 42 см при откинутых боковинах в высшем положении. |
| 9. | Подъемник передвижной для ванной комнаты (с гидравлическим или электрическим приводом) | 1.Ограничение способности к самообслуживанию 3 ст.2.Ограничение способности к передвижению 3 ст. | Масса тела свыше 175 кг. | Не менее 7 лет. | Подъемник передвижной для инвалидов с гидравлическим приводом предназначен для подъема и перемещения человека внутри помещения.Подъем производится от 0 до 125 см.Подъемник оборудован гидравлическим домкратом. Мягкий подвес изготовлен из специальной ткани, допускающей многократную дезинфекцию, а также обладающий свойством не впитывать жидкость. Подъемник передвижной с электроприводом предназначен для подъема и перемещения человека внутри помещения.Подъем производится от 0 до 125 см.Подъемники:Масса - 27 кг;Масса поднимаемого груза до 175 кг;Расстояние между опорами - 580 мм;Длина опоры - 1150 мм;Габариты в транспортном положении - 580x1400x250 мм. |
| 10. | Подставка к ванне | 1.Ограничение способности к самообслуживанию 2 ст.2.Ограничение способности к передвижению 2 ст. | Нарушение статодинамической функции 4 ст. | Не менее 5 лет | Вспомогательное средство, облегчающее процедуру принятия гигиенических процедур инвалидом в быту.Рама металлическая.Количество ступеней - 2 |
| 11. | Надувная ванна для купания | 1.Ограничение способности к самообслуживанию 3 ст.2.Ограничение способности к передвижению 3 ст. | Масса тела свыше 113 кг | Не менее 3 лет | Надувная ванна служит для мытья лежачих больных в кровати. Надувается и сдувается при помощи электро-компрессора.Ванна снабжена:шлангами для залива и слива воды;шлангом с лейкой для душа на конце;надувной подушечкой для головы больного в изголовье ванны.Технические характеристики:Внешняя длина и ширина – 212х96 см;Внутренняя длина и ширина – 173х55 см;Глубина – 37 см;Подушка – 58х34х11 см;Длина шланга – 166 см;Длина душа – 247 см;Вес ванны – 4,8 кг;Максимальная нагрузка – 113 кг. |
| 12. | Прибор для письма по Брайлю | 1.Ограничение способности к самообслуживанию 2-3 ст. вследствие снижения остроты зрения до 0-0,06 с коррекцией.2.Ограничение способности к ориентации 2-3 ст. | Отсутствие навыков владения шрифтом Брайля. | Не менее 7 лет. | Корпус из 2 пластин, изготовленных из надежного ударостойкого пластика.Размеры 22х30,5 см. |
| 13. | Бумага для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля. | 1.Ограничение способности к самообслуживанию 2-3 ст. вследствие снижения остроты зрения до 0-0,06 с коррекцией.2.Ограничение способности к ориентации 2-3 ст. | Отсутствие навыков владения шрифтом Брайля. | Количество бумаги для взрослых инвалидов не более 3 пачек, для учащихся – по запросу учебного заведения. В индивидуальной программе реабилитации указывается количество бумаги. | Бумага с рельефно-точечным шрифтом по Брайлю.Размер листа: 250х380 мм (формат А4).Количество листов в пачке: не менее 66.Для школьников возможна закупка тетрадей по запросу учебного заведения с указанием количества тетрадей. |
| 14. | Грифель-ручка для письма по Брайлю | 1.Ограничение способности к самообслуживанию 2-3 ст. вследствие снижения остроты зрения до 0-0,06 с коррекцией.2.Ограничение способности к ориентации 2-3 ст. | Отсутствие навыков владения шрифтом Брайля. | Не менее 7 лет | Грифель-ручка для письма по Брайлю предназначена для записи текстов рельефно-точечным шрифтом.Пластиковый корпус с твердым механическим закругленным грифелем внутри.Кнопка для выдвижения и втягивания грифеля.Длина - 14 см. |
| 15. | Часы с рельефным обозначением | 1.Ограничение способности к самообслуживанию 2-3 ст. вследствие снижения остроты зрения до 0-0,1 с коррекцией.2.Ограничение способности к ориентации 2-3 ст. | Нет | Не менее 5 лет | Рельефные обозначения цифр позволяют слепым самостоятельно определять время.В заводной головке находится кнопка, нажатием которой открывается крышка циферблата.Цифры 3, 6, 9, 12 обозначены двумя рельефными точками, остальные цифры - одной.Часы оснащены противоударным устройством оси баланса. |
| 16. | Диктофон | 1.Ограничение способности к самообслуживанию 2-3 ст. вследствие снижения остроты зрения до 0-0,2 с коррекцией.2.Ограничение способности ксамообслуживанию 2-3 ст.вследствие нарушения функции схвата и удержания 2-3 ст. доминирующей или обеих верхних конечностей (затруднение или невозможность письма). | Нарушение функции слуха 4 ст. | Не менее 5 лет | Кнопочный.С рельефным обозначением на кнопках запись и воспроизведение. |
| 17. | Карманные часы-будильник с вибрационной индикацией | Стойкие умеренные нарушения сенсорных функций вследствие заболеваний, травм, дефектов органов слуха, ведущие к ограничению способности к ориентации 1 ст., ограничению способности к общению 1 ст. (тугоухость IV ст., глухота). | Слепоглухонемота | Не менее 4 лет | Сигнализатор вибрационный предназначен для оповещения инвалида о сигнале будильника. Сигнализатор представляет собой будильник с вибросигналом.Будильник имеет функцию секундомера.При срабатывании будильника корпус вибрирует.Питание сигнализатора осуществляется от элементов питания.Повтор сигнала через 8 минут или 24 часа.Имеется возможность крепления к сумке, поясу. Защитная крышка кнопок управления. |
| 18. | Наручные часы-будильник с вибрационной индикацией | Стойкие выраженные и значительновыраженные нарушения сенсорных функций вследствие заболеваний, травм, дефектов органов слуха, зрения, ведущие к ограничению способности к ориентации 1-2 ст., ограничению способности к общению 1-2 ст. | Слепота | Не менее 4 лет | Сигнализатор вибрационный предназначен для оповещения инвалида о сигнале будильника. Сигнализатор представляет собой наручные часы- будильник с вибросигналом. При срабатывании будильника корпус вибрирует.Повтор сигнала через 8 минут или 24 часа.Дисплей имеет яркую подсветку.Питание сигнализатора осуществляется от элементов питания. |
| 19. | Смартфон с синтезатором речи и функцией навигационного устройства | Стойкие значительно выраженные нарушения сенсорных функций вследствие заболеваний, травм, дефектов органов зрения, ведущие к ограничению способности к ориентации 3 ст., ограничению способности к самообслуживанию 3 ст. | Слепоглухонемота | Не менее 5 лет | Смартфоны предназначены для расширения границ самостоятельности инвалидов по зрению с активной жизненной позицией (обучение, работа, общественная деятельность). |
| 20. | Смартфон с функцией навигационного устройства | Стойкие умеренные нарушения сенсорных функций вследствие заболеваний, травм, дефектов органов слуха, ведущие к ограничению способности к ориентации 1 ст., ограничению способности к общению 1 ст. (тугоухость IV ст., глухота). | Слепоглухонемота | Не менее 5 лет | Смартфоны предназначены для расширения границ самостоятельности инвалидов по слуху с активной жизненной позицией (обучение, работа, общественная деятельность). |
| 21. | Специальная доска для пересадки инвалида | Ограничение способности к передвижению 2-3 ст. | Масса тела свыше 100 кг | Не менее 5 лет | Длина – 650 ммШирина – 250 ммТолщина – 15 ммМасса – не более 1,9 кгМасса пользователя – не более 100 кгИзготавливается извысококачественной особо прочной пластмассы, имеет специальные отверстия для удобства перемещения. |
| 22. | Медицинская кровать с червячным приводом | Ограничение способности к самообслуживанию 3 ст. | Нет | Не менее 10 лет | Функциональная медицинская 4-х секционная кровать с механическим приводом.В комплекте с матрацем, ограждениями и дугой для подтягивания.Подъем-опускание 3-х секций кровати осуществляется при помощи раздвижных упоров, позволяющих позиционно регулировать угол наклона. |
| 23. | Вертикализатор | Ограничение способности к передвижению 2-3 степени (решение выносится индивидуально с учетом силы и тонуса мышц верхних конечностей, сопутствующей патологии - заболевания суставов верхних конечностей, веса инвалида) | Нарушение функции верхних конечностей 3-4 ст. Масса тела 180 кг. | Не менее 7 лет | Вертикализатор с обратным наклоном предназначен для тренировки вертикальной позы после длительного пребывания больного в лежачем положении.В горизонтальном положении вертикализатор может использоваться как массажный стол.Оснащен страховочными ремнями, жилеткой, подлокотниками и ручками для опоры пациента.Наклон осуществляется с помощью газовой пружины.Боковые опоры, ножной прижим и жилетка позволяют надежно фиксировать пациента. |
| 24. | Тренажеры реабилитационные (простой педальный тренажер, педальный тренажер с электродвигателем) | Ограничение способности к передвижению 2-3 ст. (решение выносится индивидуально) | Нет | Не менее 10 лет | Простой педальный тренажер предназначен для разработки нижних конечностей в период реабилитации инвалидов. Используется длявращательных упражнений ступни, колена и бедра.Педальный тренажер с электродвигателем предназначен для разработки нижних и верхних конечностей в период реабилитации инвалидов. Педали в этом тренажере вращаются самостоятельно тем самым заставляя ноги (руки) работать.Тренажер работает как в обычном режиме, так и в реверсионном (назад). |
| 25. | Портативная телескопическая рампа | Передвижение с использованием кресло-коляски | Угол наклона при использовании свыше 10 градусов.Масса тела свыше 150 кг. | Не менее 7 лет | Портативная телескопическая рампа предназначена дляпреодоления небольших перепадов высот людьми, перемещающимися в креслах-колясках.Изготовлена из прессованного алюминиевого профиля.Мягкие конечные упоры обеспечивают хорошую устойчивость.Мягкие ручки обеспечивают удобство при транспортировке.Нескользящая поверхность. Фиксатор, препятствующий отсоединению частейрампы.Регулирование длины.Длина-3600ммШирина-150 ммГрузоподъемность – 150 кг |
| 26. | Лестничный электрический подъемник (ступенькоход) | Передвижение с использованием кресло-коляски | Масса тела вместе с коляской более 130 кг. | Не менее 7 лет | Предназначен для подъема и спуска людей сограниченными возможностями в присутствиисопровождаемого лица в инвалидных креслах-колясках, с любого типа лестниц.Ширина спинки коляски: не более 500 мм;Ширина колеи основных колёс коляски: не более 730 мм;Грузоподъёмность устройства: не более 130 кг (с коляской);Минимальная длина лестничных ступеней: 250 мм; Максимальная высота лестничных ступеней: 200 мм; Размеры лестничной клетки: не менее 90х 110 см; Общая длина устройства: 395 мм;Высота устройства: 1310 мм (общая);Размах боковых опор устройства: 760 мм (рабочее состояние);Боковые опоры устройства подняты: 430 мм;Диаметр ходового колеса устройства: 250 мм; Ширина колеи ходовых колёс устройства: 312 мм (внешний размер);Запас хода на одном заряде АКБ: 250-500 ступенек; Электродвигатель постоянного тока: 24V/350W;Аккумуляторы: 12V/12Ah х 2 (герметичные);Напряжение бортовой сети устройства: 24 V; Рабочий ток: не более 20 А;Вид защиты: IPX4. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Заместитель министра министерства труда и социальной защиты Тульской области** |  **И.А. Щербакова** |

Приложение № 2

к приказу

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 № \_\_\_-осн

\_\_\_-осн

\_\_\_-осн

**Порядок обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации за счет средств бюджета Тульской области**

1. **Общие положения**
2. Настоящий Порядок определяет механизм обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации (далее - TCP) в соответствии с перечнем медицинских показаний, противопоказаний, сроков эксплуатации и технических характеристик технических средств реабилитации (далее - Перечень).
3. TCP обеспечиваются инвалиды, постоянно зарегистрированные на территории Тульской области (далее - Получатели), в соответствии с рекомендациями в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида (далее-ИПРА, ИПРА ребенка-инвалида) и в порядке очередности в реестре Получателей.
4. Обеспечение Получателей TCP производится организацией, независимо от формы собственности (далее - Организация), на основании государственных контрактов с государственным учреждением Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1», заключенных в соответствии с Федеральным законом от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
5. Оплата TCP осуществляется государственным учреждением Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Тульской области на реализацию подпрограммы «Доступная среда» государственной программы Тульской области «Социальная поддержка и социальное обслуживание населения Тульской области», утвержденной постановлением правительства Тульской области 02.12.2013 № 691.
6. Компенсация за самостоятельно приобретенное Получателем TCP не выплачивается.
7. Повторное назначение TCP допускается не ранее истечения срока эксплуатации, указанного в Перечне.
8. **Порядок обеспечения инвалидов TCP**

2.1. Специалисты государственных учреждений здравоохранения Тульской области, при наличии соответствующих медицинских показаний и отсутствии противопоказаний, вносят в пункт 34 направления на медико­-социальную экспертизу (форма № 088/у-06, далее-направление на МСЭ) рекомендации по обеспечению TCP в соответствии с Перечнем (указывается № пункта и наименование TCP).

Решение о внесении в направление на МСЭ рекомендаций по обеспечению TCP, предусмотренных пунктами 8, 9, 22, 23, 26 Перечня, принимается с учетом условий проживания инвалида.

К направлению на МСЭ прилагается акт обследования условий проживания инвалида, оформленный комиссией, состоящей из сотрудников отделов социальной защиты населения государственного учреждения Тульской области «Управление социальной защиты населения Тульской области» (приложение №1).

Решение о внесении в направление на МСЭ рекомендаций по обеспечению учащихся TCP, предусмотренных пунктом 13 (бумага для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля) принимается с учетом справки учебного заведения о необходимом количестве бумаги.

2.2. Специалисты учреждений Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тульской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации:

2.2.1. Вносят в ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) рекомендации о нуждаемости в TCP, включенных в Перечень (указывается № пункта и наименование TCP, в графе «Исполнитель» указывается «государственное учреждение Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1»), при наличии соответствующих медицинских показаний и отсутствии противопоказаний. При этом:

1) решение о внесении в ИПРА рекомендаций по обеспечению TCP, предусмотренных пунктами 8, 9, 22, 23, 26 Перечня, принимается с учетом условий проживания инвалида (акта обследования условий проживания инвалида);

2) решение о внесении в ИПРА рекомендаций по обеспечению TCP, предусмотренных пунктами 12, 13, 14, вносится в ИПРА при наличии у инвалида навыков владения шрифтом Брайля и справки учебного заведения о необходимом количестве бумаги (по пункту 13 для учащихся);

3) решение о внесении в ИПРА рекомендаций по обеспечению TCP, предусмотренного пунктом 19, вносятся инвалидам с активной жизненной позицией (учащиеся, работающие, занимающиеся общественной деятельностью).

Учитывая многофункциональность TCP, предусмотренного пунктом 19 (смартфон), одновременные рекомендации TCP, предусмотренного пунктом 16 (диктофон), не допускаются.

2.2.2. Оформляют выписку из ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), который в трехдневный срок направляется в отделы социальной защиты населения государственного учреждения Тульской области «Управление социальной защиты населения Тульской области», по месту жительства инвалида.

2.3. Государственное учреждение Тульской области «Управление социальной защиты населения Тульской области»:

- по запросу государственных учреждений здравоохранения Тульской области и учреждений Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тульской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации предоставляет необходимые сведения об условиях проживания инвалида (акт обследования условий проживания инвалида, приложение №1);

- при поступлении экземпляра ИПРА в трехдневный срок информирует инвалида (законного представителя) о порядке предоставлении TCP;

- при выявлении нарушений порядка оформления ИПРА, предусмотренного пунктом 2.2 настоящего Порядка, в трехдневный срок в порядке межведомственного взаимодействия направляет ИПРА в учреждение медико-социальной экспертизы, выдавшее ИПРА, на корректировку;

- в случае необходимости обеспечения инвалида TCP, эксплуатация которого требует особых условий, информирует инвалида (законного представителя) в письменной форме под роспись об условиях безопасной эксплуатации TCP (расписка инвалида (законного представителя) об информировании по вопросу эксплуатации TCP хранится до истечения срока эксплуатации TCP, указанного в Перечне);

- при получении TCP доверенным лицом заверяет подпись инвалида в доверенности на получении TCP (приложение № 2 к Порядку).

- передает в государственное учреждение Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» документы для внесения данных в реестр один раз в 10 рабочих дней;

2.5. Государственное учреждение Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1»:

- формирует и ведет реестр Получателей в соответствии с датой заявления инвалида (законного представителя). В случае подачи нескольких заявлений инвалидов с одинаковой датой, учитывается дата оформления ИПРА. В случае поступления нескольких заявлений с одинаковой датой подачи заявления и оформления ИПРА, постановка на учет осуществляется по алфавиту;

- с целью обеспечения участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и гражданам, приравненным к ним по льготам, прав на первоочередное обеспечение TCP, формирует отдельный реестр;

- в трехдневный срок направляет инвалиду уведомление о постановке его на учет по обеспечению TCP (приложение № 3 к Порядку);

- высылает Получателю направление на получение TCP (приложение № 4 к Порядку) при наступлении очередности, которое является основанием для получения TCP в Организации.

|  |  |
| --- | --- |
| **Заместитель министра министерства труда и социальной защиты Тульской области** | **И.А. Щербакова** |

Приложение № 1

к порядку обеспечения инвалидов техническими средствами

реабилитации за счет средств бюджета Тульской области

АКТ

обследования условий проживания инвалида

Комиссией в составе:

*(указать Ф.И.О. и должность членов комиссии)*

Провели обследование условий проживания

Инвалида \_\_ группы вследствие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается причина инвалидности\*)*

*(Ф.И.О. инвалида полностью)*

проживающего по адресу: почтовый индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт (г., пгт., дер., село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д. \_\_\_\_, кор. \_\_\_, кв. \_\_\_, район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Тульская область

**Обследование условий проживания выявили следующее:**

Инвалид проживает на \_\_\_\_ этаже \_\_\_\_\_\_\_ этажного дома, (с лифтовым оборудованием, без лифтового оборудования).

*(не нужное зачеркнуть)*

Инвалид занимает отдельную комнату ДА/НЕТ

*(не нужное зачеркнуть)*

**Квартира** (в собственности, проживают по договору социального найма)

*(не нужное зачеркнуть)*

Количество комнат \_\_\_\_\_\_. Общая площадь \_\_\_\_\_\_\_ кв.м. Жилая площадь \_\_\_\_\_\_ кв.м.

Санузел (совместный, раздельный), площадь ванной комнаты \_\_\_\_\_\_\_ кв.м., ширина

*(не нужное зачеркнуть)*

дверного проема ванной комнаты\_\_\_\_ см., площадь туалета \_\_\_\_ кв.м., ширина дверного проема туалета \_\_\_\_\_\_ см. Наличие физических барьеров

Ширина межкомнатных дверных проемов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см.

**Подъезд** *(обследуется при наличии в ИПР рекомендаций об обеспечении лестничным подъемником)*: ширина лестничных пролетов \_\_\_\_\_\_\_\_ см., длина межлестничной площадки \_\_\_\_\_\_\_ см., ширина межлестничной площадки \_\_\_\_\_\_ см., высота ступеней \_\_\_\_ см.

**Частный дом** \_\_\_\_\_\_ этажный. Общая площадь \_\_\_\_\_ кв.м. Жилая площадь \_\_\_\_\_\_ кв.м.

Количество комнат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Инвалид занимает отдельную комнату ДА/НЕТ

*(не нужное зачеркнуть)*

Наличие удобств в доме: водопровод, газ, отопление, канализация, ванна, теплый туалет

*(не нужное зачеркнуть)*

и др.

Санузел (совместный, раздельный), площадь ванной комнаты \_\_\_\_\_\_\_ кв.м., ширина

*(не нужное зачеркнуть)*

дверного проема ванной комнаты\_\_\_\_ см., площадь туалета \_\_\_\_ кв.м., ширина дверного проема туалета \_\_\_\_\_\_ см. Наличие физических барьеров

Ширина межкомнатных дверных проемов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см.

**Заключение комиссии:**

В жилом помещении имеются условия для использования технического средства реабилитации:

1) указанного в пункте 8 Перечня (Подъемное устройство для ванной комнаты (складное малогабаритное) ДА/НЕТ

2) указанного в пункте 9 Перечня (Подъемник передвижной для ванной комнаты (с гидравлическим или электрическим приводом) *по итогам обследования указывается так же тип необходимого привода гидравлический или электрический.* ДА/НЕТ

*(не нужное зачеркнуть)*

3) указанного в пункте 22 Перечня (медицинская кровать с червячным приводом) ДА/НЕТ

4) указанного в пункте 23 Перечня (Вертикализатор) ДА/НЕТ

5) указанного в пункте 26 Перечня (Лестничный электрический подъемник (ступенькоход) ДА/НЕТ

Подписи членов комиссии:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Заместитель министра - директор департамента социальной политики министерства труда и социальной защиты Тульской области** | **И.А. Щербакова** |

Приложение № 2

к порядку обеспечения инвалидов техническими средствами

реабилитации за счет средств бюджета Тульской области

Руководителю Организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать название организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. инвалида)

Инвалида \_\_\_\_группы,

Проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (контактный телефон)

Доверенность.

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

 (Ф.И.О. инвалида)

(Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

 (орган, выдавший паспорт)

прошу выдать мне в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование изделия)

через \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. лица, получающего изделия)

 выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (орган, выдавший паспорт)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись инвалида

Подпись доверенного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_удостоверяю.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Заместитель министра - директор департамента социальной политики министерства труда и социальной защиты Тульской области** | **И.А. Щербакова** |

Приложение № 3

к порядку обеспечения инвалидов техническими средствами

реабилитации за счет средств бюджета Тульской области

**Уведомление**

**о постановке на учет по обеспечению техническими**

**средствами реабилитации**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

Уважаемый(ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. инвалида)

 Вы поставлены на учет в государственном учреждении Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» для обеспечения

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование технического средства реабилитации)

Основание:

индивидуальная программа реабилитации **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_** от **«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.**

Ваш регистрационный номер по постановке на учет **№ \_\_\_\_\_\_** от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(указываются реквизиты документа, на основании которого инвалиду выдано уведомление)

Справки по телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность ответственного лица

государственного учреждения Тульской области

«Комплексный центр социального обслуживания населения № 1»

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Заместитель министра - директор департамента социальной политики министерства труда и социальной защиты Тульской области** | **И.А. Щербакова** |

Приложение № 4

к порядку обеспечения инвалидов техническими средствами

реабилитации за счет средств бюджета Тульской области

**Направление**

**на получение технических средств**

**реабилитации**

**№ \_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

Гр. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. инвалида)

Страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида (СНИЛС): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_**

Наименование документа, удостоверяющего личность инвалида: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

серия **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации, в которую направляется инвалид (далее - Организация)

расположенной по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

для получения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование технического средства реабилитации)

Направление выдано на основании заявления инвалида № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Основание: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указываются реквизиты документа, на основании которого инвалиду выдано направление)

Направление действительно до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Должность ответственного лица

государственного учреждения Тульской области

«Комплексный центр социального обслуживания населения № 1»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Примечание. В случае поступления настоящего направления в Организацию после выполнения обязательств по контракту (договору), заключенному государственным учреждением Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» с Организацией в полном объеме, Организация в обязательном порядке должна уведомить об этом государственное учреждение Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» и направить гражданина, предъявившего настоящее направление, в государственное учреждение Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» для решения вопроса об обеспечении техническими средствами реабилитации.

Приложение к направлению

**Отрывной талон к направлению № \_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. <\*>**

Выданному: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** государственным учреждением

 (Ф.И.О. инвалида)

Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1»

Страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида (СНИЛС): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Направление принято Организацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование Организации)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность ответственного лица Организации, принявшей направление)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись и расшифровка)М.П. | Направление сдано инвалидом (доверенным лицом)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия, имя, отчество инвалида)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия, имя, отчество доверенного лица, при наличии)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(документ, удостоверяющий личность инвалида)серия\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(документ, удостоверяющий личность доверенного лица, при наличии)серия\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись и расшифровка) |
| <\*> Подлежит возврату Организацией в государственное учреждения Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1», выдавшее направление, вместе с документами для оплаты, предусмотренными договором, заключенным государственным учреждением Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» с Организацией. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Заместитель министра - директор департамента социальной политики министерства труда и социальной защиты Тульской области** | **И.А. Щербакова** |