



ЗВЕНИГОРОДСЬКА МІСЬКА РАДА
Черкаської області
21 СЕСІЯ 8 СКЛИКАННЯ

РІШЕННЯ

24 березня 2023 року

№21-56

Про затвердження Порядку здійснення реабілітаційних заходів Звенигородським центром комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Звенигородської міської ради Звенигородського району Черкаської області

Відповідно до ст. 25 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», постанови Кабінету Міністрів України від 19.01.2022 року № 31 «Про затвердження Порядку здійснення реабілітаційних заходів», наказу Міністерства соціальної політики України від 24.06.2022 року № 186 «Про затвердження форм документів щодо надання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг» міська рада вирішила:

1. Затвердити Порядок здійснення реабілітаційних заходів Звенигородським центром комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Звенигородської міської ради Звенигородського району Черкаської області, додається.

2. Оприлюднити дане рішення на офіційному веб-сайті Звенигородської міської ради.

3. Контроль за виконанням цього рішення покласти на постійну комісію міської ради з питань охорони здоров'я, соціального захисту, законності, депутатської діяльності, етики та регламенту .

Міський голова

Олександр САЄНКО

Порядок здійснення реабілітаційних заходів Звенигородським центром комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Звенигородської міської ради Звенигородського району Черкаської області

1. Цей Порядок визначає механізм здійснення реабілітаційних заходів із надання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг (далі - послуги) особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності Звенигородським центром комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Звенигородської міської ради Звенигородського району Черкаської області (далі – Звенигородський ЦКРДІ), фінансування та функціонування якого здійснюється за рахунок коштів з міського бюджету.

2. У цьому Порядку під терміном “реабілітаційні заходи з надання послуг” розуміється система психологічних, педагогічних, фізичних, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, якими здійснюється комплексна реабілітація отримувачів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство.

Вимоги до обсягу та змісту реабілітаційних заходів з надання послуг, спрямованих на відновлення та компенсацію обмежених функціональних можливостей отримувача з урахуванням оцінки стану її здоров'я щодо здатності до самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, контролювання своєї поведінки, навчання і зайняття трудовою діяльністю, встановлюються державними соціальними нормативами у сфері реабілітації осіб з інвалідністю, визначеними відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686.

3. Надання послуг проводиться відповідно до Закону України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”, цього Порядку та інших актів законодавства, що діють у сфері реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю.

Переліки послуг, що надаються особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю з порушенням опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю з інтелектуальними та психічними порушеннями, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю по слуху та/або по зору, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю з порушенням внутрішніх органів, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю з онкологічними захворюваннями, визначено в додатках 1-6 до Державної типової програми

реабілітації осіб з інвалідністю, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686.

Реабілітаційні послуги Звенигородським ЦКРДІ надаються безоплатно.

4. Для отримання послуг отримувач або його законний представник (у разі отримання послуг групою дітей з інвалідністю - уповноважена керівником дитячого будинку-інтернату або малого групового будинку особа (далі - уповноважена особа) подає заяву про отримання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг за формою, затвердженою Мінсоцполітики (далі - заява) (додаток 1), у якій можуть зазначатися відомості щодо:

індивідуальної програми реабілітації, виданої медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією державного або комунального закладу охорони здоров'я (для дітей з інвалідністю);

висновку лікарсько-консультативної комісії державного або комунального закладу охорони здоров'я з рекомендаціями стосовно надання послуг для дітей, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності;

паспорта громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства - довідки про звернення за захистом в Україні/посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту/посвідчення біженця/паспортного документа іноземця та посвідки на тимчасове проживання або посвідки на постійне проживання, свідоцтва про народження (для дітей віком до 14 років);

документа із зазначенням даних щодо реєстраційного номера облікової картки платника податків або паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) отримувача;

За бажанням отримувача або його законного представника чи уповноваженої особи до заяви можуть додаватися копії відповідних документів.

5. Отримувач або його законний представник чи уповноважена особа для отримання послуг у Звенигородському ЦКРДІ подають заяву до відділу соціального захисту населення та надання адміністративних послуг соціального характеру Управління «ЦНАП» (центр Дія) виконавчого комітету Звенигородської міської ради або до структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної держадміністрації (далі - уповноважений орган) за задекларованим/zareєстрованим місцем проживання (перебування) отримувача, а в період надзвичайного або воєнного стану може подавати заяву за місцем фактичного перебування отримувача, зокрема шляхом надсилання поштою.

Заява може подаватися отримувачем або його законним представником чи уповноваженою особою через електронний кабінет особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи в централізованому банку даних з проблем інвалідності або за наявності технічної можливості шляхом її формування за

допомогою програмних засобів Єдиного державного веб-порталу електронних послуг у довільній формі, придатній для сприйняття змісту відомостей, передбачених формою заяви, затвердженою Мінсоцполітики, з накладенням електронного підпису, що базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису.

Уповноважений орган протягом трьох робочих днів з дати надходження заяви перевіряє наявність усіх необхідних відомостей, реєструє заяву, формує справу та передає її до Звенигородського ЦКРДІ для прийняття рішення про надання послуг отримувачу.

6. Звенигородський ЦКРДІ протягом п'яти робочих днів з дати надходження заяви розглядає її і приймає рішення про надання послуг отримувачу (додаток 2) із зазначенням дати початку курсу реабілітації в порядку черговості та веде облік отримувачів шляхом внесення до журналу реєстрації документів (додаток 3).

Про прийняте рішення Звенигородський ЦКРДІ повідомляє отримувачу або його законному представнику чи уповноваженій особі засобами поштового, електронного або телекомунікаційного зв'язку.

7. Після зарахування отримувача Звенигородським ЦКРДІ складається індивідуальний план комплексної реабілітації (абілітації) за формою затвердженою Мінсоцполітики (додаток 4).

8. Після закінчення курсу комплексної реабілітації (абілітації) Звенигородський ЦКРДІ вносить до централізованого банку даних з проблем інвалідності інформацію про надані послуги за наявності технічної можливості та видає отримувачу або його законному представнику чи уповноваженій особі довідку про надані реабілітаційні послуги та результати комплексної реабілітації (абілітації) за формою, затвердженою Мінсоцполітики (додаток 5).

Секретар міської ради

Володимир НИЗЕНКО

Додаток 1
до Порядку здійснення реабілітаційних
заходів Звенигородським центром
комплексної реабілітації для дітей з
інвалідністю Звенигородської міської
ради Звенигородського району
Черкаської області

Керівнику

(найменування виконавчого органу сільської, селищної, міської, районної у місті (в разі її утворення)
ради або структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної,
районної у м. Києві держадміністрації)

ЗАЯВА
про отримання комплексних реабілітаційних (абілітаційних) послуг*

Прошу направити _____
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), задеклароване/zareєстроване місце проживання (перебування)
особи (дитини) з інвалідністю, дитини, яка належить до групи ризику
щодо отримання інвалідності)

до реабілітаційного закладу _____

(найменування реабілітаційного закладу)

для отримання послуг із комплексної реабілітації (абілітації).

Підтверджую наявність відомостей щодо:

- індивідуальної програми реабілітації, виданої медико-соціальною експертною комісією, лікарсько-консультативною комісією державного або комунального закладу охорони здоров'я (для дітей з інвалідністю): Так/Ні
- висновку лікарсько-консультативної комісії державного або комунального закладу охорони здоров'я з рекомендаціями стосовно надання послуг (для дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності): Так/Ні
- паспорта громадянина України, для іноземців та осіб без громадянства - довідки про звернення за захистом в Україні / посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту / посвідчення біженця/ паспортного документа іноземця та посвідки на тимчасове проживання або посвідки на постійне проживання, свідоцтва про народження (для дітей віком до 14 років): Так/Ні
- документа із зазначенням даних щодо реєстраційного номера облікової картки платника податків або паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) отримувача: Так/Ні
- документа про освіту (для отримувачів, які потребують професійної реабілітації): Так/Ні

• виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974: Так/Ні

Інше:

(за бажанням заявника до заяви можуть додаватися копії вищезазначених документів)

_____ 20__ року _____
(підпис заявника або його законного представника)

Я, _____ даю
згоду

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

_____ 20__ року
(підпис) (дата)

* Заповнює особа з інвалідністю або законний представник особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно), яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності чи уповноважена керівником дитячого будинку-інтернату або малого групового будинку особа.

(відривний корінець)

Заяву та документи на _____ аркушах прийнято _____ 20__ року.

М. П. _____
(власне ім'я ПРІЗВИЩЕ та підпис відповідальної особи)

Секретар міської ради

Володимир НИЗЕНКО

Додаток 2
до Порядку здійснення реабілітаційних
заходів Звенигородським центром
комплексної реабілітації для дітей з
інвалідністю Звенигородської міської
ради Звенигородського району
Черкаської області

РІШЕННЯ

про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації)*

від _____ 20__ року № _____

Повідомляємо, що _____ зараховано

(П. І. Б. особи (дитини) з інвалідністю, дитини,
яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)

на комплексну реабілітацію (абілітацію) до реабілітаційної установи _____

(найменування реабілітаційної установи)

Просимо _____ прийти до зазначеної

(П. І. Б. особи (дитини) з інвалідністю, дитини віком до трьох років (включно),
яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)

реабілітаційної установи за адресою _____

(вказати місцезнаходження)

Курс комплексної реабілітації (абілітації) проводитиметься з _____ 20__ року.

Телефон для довідок _____

М. П. (за наявності)

_____ 20__ року

(підпис, прізвище та ініціали керівника реабілітаційної
установи)

Секретар міської ради

Володимир НИЗЕНКО

Додаток 3
до Порядку здійснення реабілітаційних
заходів Звенигородським центром
комплексної реабілітації для дітей з
інвалідністю Звенигородської міської
ради Звенигородського району
Черкаської області

ЖУРНАЛ
реєстрації документів

(найменування реабілітаційної установи)

№ з/п	Дата реєстрації документів, № рішення про надання послуг із комплексної реабілітації (абілітації)	П. І. Б. особи (дитини) з інвалідністю, дитини, яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності	Дата народження особи (дитини) з інвалідністю, дитини, яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності	Місце проживання (перебування) особи (дитини) з інвалідністю, дитини, яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності, а також її законного представника	Категорія	П. І. Б., посада та підпис відповідальної особи, яка заповнює цей журнал
1	2	3	4	5	6	7

Секретар міської ради

Володимир НИЗЕНКО

до Порядку здійснення реабілітаційних заходів Звенигородським центром комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю Звенигородської міської ради Звенигородського району Черкаської області

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН
комплексної реабілітації (абілітації)**

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи (дитини) з інвалідністю, дитини, яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)

Дата народження _____ року

Основний діагноз _____

Супутні захворювання _____

Дата встановлення інвалідності _____ року

Група інвалідності _____

Строк курсу комплексної реабілітації (абілітації) з _____ 20__ року до _____ 20__ року

Основні переваги розвитку _____

Основні порушення розвитку _____

Заплановані реабілітаційні (абілітаційні) заходи

Вид і характер заходів	Строк/кількість/тривалість заходів	Форма роботи	Відмітка про виконання/ примітки*
1	2	3	4
Заходи з ранньої реабілітації (абілітації)			
Заходи із соціальної реабілітації (абілітації)			
Заходи із психологічної (психолого-педагогічної) реабілітації			
Заходи з професійної (трудової) реабілітації			
Заходи із фізкультурно-спортивної реабілітації			
Заходи із фізичної реабілітації			

Заходи з медичної реабілітації (медичного спостереження)			

* У тому числі коригування видів та характеру реабілітаційних (абілітаційних) заходів.

Дата заповнення _____ 20__ року

Голова реабілітаційної комісії _____
(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Члени реабілітаційної комісії: _____
(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Результати здійснення заходів із комплексної реабілітації (абілітації)

Індивідуальний план комплексної реабілітації (абілітації) виконано повністю, виконано частково, не виконано, потребує продовження (потрібне підкреслити).

Результати щодо подальших дій і здійснення заходів із комплексної реабілітації (абілітації)

Дата заповнення _____ 20__ року

Голова реабілітаційної комісії _____
(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Члени реабілітаційної комісії: _____
(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

М. П. (за наявності)

_____ 20__ року

Секретар міської ради

Володимир НИЗЕНКО

заходів Звенигородським центром
комплексної реабілітації для дітей з
інвалідністю Звенигородської міської
ради Звенигородського району
Черкаської області

ДОВІДКА
про надані реабілітаційні послуги
та результати комплексної реабілітації (абілітації)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) особи (дитини) з інвалідністю, дитини,
яка належить до групи ризику щодо отримання інвалідності)

Дата народження _____ року

Проходив(ла) курс реабілітації (абілітації) у період із _____ 20____
року до _____ 20____ року в _____
(найменування реабілітаційного закладу)

Опис здійснених реабілітаційних заходів _____

Рекомендації _____

Голова реабілітаційної комісії

(підпис)

(власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник реабілітаційного закладу

(підпис)

(власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

М. П.
(за наявності)

_____ 20____ року

Секретар міської ради

Володимир НИЗЕНКО