



# МІНІСТЕРСТВО СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

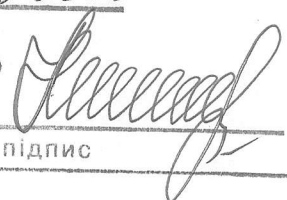
## НАКАЗ

м. Київ

№ 518

01.08.2014

Про затвердження Порядку подання заявки на виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України  
" 26 " серпня 2014 р.  
за № 1028/25805  
Керівник реєструючого органу \_\_\_\_\_  
підпис 

Відповідно до Закону України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” та пункту 43 Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321,

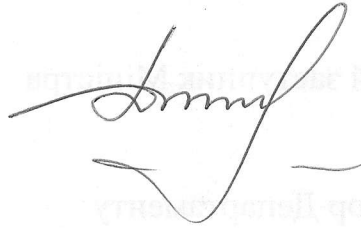
### НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Порядок подання заявки на виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням, що додається.
2. Департаменту соціального захисту інвалідів (О. Полякова) забезпечити подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України в установленому порядку.
3. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 03 серпня 2009 року № 295 „Про затвердження Порядку подання заявки на виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням”, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 20 жовтня 2009 року за № 971/16987.

4. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

5. Контроль за виконанням цього наказу покласти на першого заступника Міністра В. Мушніна.

**Міністр**

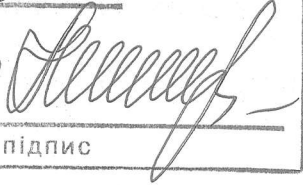


**Л. Денісова**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної  
політики України

01 серпня 2014 року № 518

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України	
“ 26 ”	серпня 2014 р.
за № 1028/25805	
Керівник реєструючого органу _____	
	підпис

### Порядок

#### подання заявки на виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням

1. Цей Порядок визначає процедуру подання заявки на виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням, оформлення та видачі технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням (крім протезно-ортопедичних виробів, у тому числі ортопедичного взуття).

2. Медичні показання до забезпечення технічними засобами реабілітації за індивідуальним замовленням визначають для:

інвалідів – медико-соціальні експертні комісії (далі – МСЕК) шляхом оформлення відповідного висновку та індивідуальної програми реабілітації інваліда (далі – ІПР);

дітей-інвалідів – лікарсько-консультативні комісії закладів охорони здоров'я (далі – ЛКК) шляхом оформлення відповідного висновку;

інвалідів та дітей-інвалідів, які досягли шестирічного віку (для забезпечення кріслами колісними з електричним приводом), – обласні, центральні міські у містах Києві та Севастополі, республіканська в Автономній Республіці Крим МСЕК шляхом оформлення відповідного висновку;

військовослужбовців (резервістів, військовозобов'язаних) та працівників Збройних Сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, осіб рядового, начальницького складу, військовослужбовців, працівників Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної

охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення (здійсненні заходів, пов'язаних з попередженням, виявленням і припиненням терористичної діяльності) та перебували безпосередньо в районах проведення антитерористичної операції, а також працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися та брали безпосередню участь в антитерористичній операції в районах її проведення у порядку, встановленому законодавством, а також мирних громадян, які проживали в районах проведення антитерористичної операції, за умови, якщо такими особами не вчинено кримінальних правопорушень (далі – постраждали внаслідок антитерористичної операції), – військово-лікарські комісії (далі – ВЛК) з оформленням відповідного рішення ВЛК чи висновку ЛКК.

3. Анкета для виготовлення крісла колісного за індивідуальним замовленням за формою згідно з додатком 1 до цього Порядку або анкета для виготовлення технічного засобу реабілітації за індивідуальним замовленням за формою згідно з додатком 2 цього Порядку заповнюється МСЕК, ВЛК або ЛКК на підставі звернення інваліда, дитини-інваліда, постраждалого внаслідок антитерористичної операції або їх законних представників, що згідно з ІПР та/або висновком МСЕК, ЛКК чи рішенням ВЛК вони не можуть користуватися технічними засобами реабілітації серійного виробництва (далі – ІПР або висновок/рішення).

Заповнена анкета та копія ІПР або висновку/рішення надсилаються поштою до структурних підрозділів соціального захисту населення районних, районних у м. Києві та Севастополі державних адміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах (крім м. Києва та Севастополя) рад (далі – органи соціального захисту населення), які заносять цю інформацію до централізованого банку даних з проблем інвалідності (далі – ЦБІ) у порядку, визначеному Положенням про централізований банк даних з проблем інвалідності, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2011 року № 121.

4. Органи соціального захисту населення щомісяця (15 та 30 числа) подають заявку на виготовлення технічних засобів реабілітації за індивідуальним замовленням (далі – заявка) за формою згідно з додатком 3 до цього Порядку, до якої додаються направлення для забезпечення технічними засобами реабілітації, анкета та копія ІПР або висновку/рішення до Міністерства соціальної політики Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів соціального захисту населення обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (далі – структурні підрозділи соціального захисту населення).

При цьому копії заявок долучаються до особових справ осіб, визначених у пункті 2 цього Порядку.

5. Структурні підрозділи соціального захисту населення щомісяця (20 та 5 числа) супровідним листом направляють узагальнені заявки до Фонду соціального захисту інвалідів (далі – Фонд).

6. Фонд протягом п'яти робочих днів з дня отримання заявки розглядає її та:

1) у разі встановлення факту наявності виробу, виготовленого в умовах серійного виробництва, з параметрами, необхідними для особи, що потребує забезпечення такими засобами реабілітації (далі – особа), повідомляє у письмовій формі структурні підрозділи соціального захисту населення про недоцільність виготовлення технічного засобу реабілітації за індивідуальним замовленням, а особу забезпечують технічним засобом реабілітації серійного виробництва;

2) направляє отриману заявку на погодження до підприємства, яке відповідає кваліфікаційним вимогам, установленим Мінсоцполітики України (далі – підприємство).

7. Підприємство протягом п'яти робочих днів з дня отримання розглядає заявку.

За результатами розгляду заявки підприємство повідомляє у письмовій формі Фонд, структурні підрозділи соціального захисту населення про наявність виробничої можливості для її виконання.

У разі відсутності виробничих можливостей виконати заявку підприємство повідомляє про це Фонд та структурні підрозділи соціального захисту населення у письмовій формі, зазначивши підстави відмови.

8. Підставами для відмови підприємства виконати заявку можуть бути:

відсутність додаткового оснащення для виготовлення конструктивних елементів технічних засобів реабілітації індивідуального призначення;

відсутність конструкторської документації на базову модель, на основі якої виготовляється технічний засіб реабілітації за індивідуальним замовленням;

відсутність комплектуючих виробів із спеціальними характеристиками, відмінними від тих, що використовуються на базовій моделі;

технічний засіб реабілітації, що буде виготовлений за індивідуальним замовленням, не забезпечить безпеку особи під час використання.

9. Фонд у разі надходження від підприємства обґрунтованої відповіді про неможливість виконати заявку, протягом п'яти робочих днів з дня отримання відповіді повторно розглядає заявку та направляє її на погодження до іншого підприємства.

10. У разі наявності обґрунтованих відмов двох підприємств у зв'язку з неможливістю виконати заявку Фонд продовжує вирішувати питання щодо її задоволення.

У такому випадку розгляд заявки продовжується на строк виготовлення виробу, який за конструктивними особливостями та функціональним призначенням буде відповідати потребам особи.

11. Підприємство, яке погодило заявку, самостійно визначає необхідні заходи для її виготовлення.

12. Органи соціального захисту населення, сервісні центри та/або підприємства, які виконували заявку, вносять до ЦБІ інформацію про видані технічні засоби реабілітації за індивідуальним замовленням.

**Директор Департаменту  
соціального захисту інвалідів**



**О. Полякова**

Додаток 1  
до Порядку подання заявки на виготовлення  
технічних засобів реабілітації за  
індивідуальним замовленням  
(пункт 3)

**Анкета  
для виготовлення крісла колісного  
за індивідуальним замовленням**

\_\_\_\_\_ (дата заповнення)

Прізвище, ім'я, по батькові особи \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

(число, місяць, рік)

Місце проживання (перебування) \_\_\_\_\_

Контактні телефони \_\_\_\_\_

Діагноз \_\_\_\_\_

Вага, кг \_\_\_\_\_ Зріст, см \_\_\_\_\_

Вид технічного засобу реабілітації \_\_\_\_\_

Особливості особи, що не дозволять їй користуватися технічним засобом реабілітації  
серійного виробництва \_\_\_\_\_

Особливі антропометричні параметри особи \_\_\_\_\_

Особливі вимоги до крісла колісного \_\_\_\_\_

Погоджені базові моделі крісла колісного:

Варіант 1 \_\_\_\_\_ Варіант 2 \_\_\_\_\_

Лікар \_\_\_\_\_

(підпис)

(прізвище та ініціали)

М.П.

З призначенням згідний(а), заперечень не маю

\_\_\_\_\_ (підпис, П.І.Б. особи або її законного представника)

## Зворотний бік анкети

Вказати необхідні розміри та відмітити потрібне  
**Особливості, що обумовлюють  
 необхідність особливого  
 параметра крісла колісного**



габаритна  
ширина

Відстань між найбільш віддаленими частинами вертлюга стегнових кісток або клубових кісток пацієнта у положенні сидячи (А), см \_\_\_\_\_



габаритна  
довжина

Відстань від краю сидниці уздовж стегна до внутрішнього згину коліна (В), см \_\_\_\_\_



габаритна  
висота

Довжина гомілки зігнутої ноги по задній поверхні від підколінної ямки до підлоги (С), см \_\_\_\_\_



ширина  
сидіння

Відстань від поверхні сидіння з урахуванням товщини оббивки (подушки) до пахвової западини пацієнта (D), см \_\_\_\_\_



глибина  
сидіння

Найменша ширина отвору дверей помешкання або ліфта (Е), см \_\_\_\_\_



висота  
спинки

**Особливості, що обумовлюють  
 необхідність індивідуального  
 виготовлення крісла колісного**

Фіксація/підтримка голови \_\_\_\_\_

Фіксація/підтримка тулуба \_\_\_\_\_

Фіксація ніг \_\_\_\_\_

Інше \_\_\_\_\_

**Необхідні параметри крісла  
 колісного:**

Ширина сидіння, см \_\_\_\_\_  
 (рекомендоване як А+5 см або за  
 необхідності більше, враховуючи  
 також можливість використання  
 пацієнтом товстого одягу)

Глибина сидіння, см \_\_\_\_\_  
 (рекомендоване як В – 5-7,5 см)

Висота від підлоги до сидіння (по  
 передньому краю), см \_\_\_\_\_  
 (рекомендоване як С+5 см)

Висота спинки, см \_\_\_\_\_  
 (для пацієнтів з мінімальними  
 порушеннями функцій тулуба  
 рекомендоване як D – 10 см)

Габаритна ширина коляски, см \_\_\_\_\_  
 (не менше ніж Е)

Габаритна довжина коляски, см \_\_\_\_\_

**Особливі вимоги до  
 крісла колісного**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Особливі вимоги до коліс або колісної бази \_\_\_\_\_

Лікар \_\_\_\_\_

(підпис)

(прізвище та ініціали)

М.П.

Додаток 2  
до Порядку подання заявки на  
виготовлення технічних засобів  
реабілітації за індивідуальним  
замовленням  
(пункт 3)

**Анкета**  
**для виготовлення технічного засобу реабілітації**  
**за індивідуальним замовленням**  
(допоміжні засоби для особистої гігієни, меблі та оснащення,  
допоміжні засоби особистої рухомості, переміщення та підйому)

\_\_\_\_\_ (дата заповнення)

Прізвище, ім'я, по батькові особи \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

Місце проживання (перебування) \_\_\_\_\_

Контактні телефони \_\_\_\_\_

Діагноз \_\_\_\_\_

Вага, кг \_\_\_\_\_ Зріст, см \_\_\_\_\_

Вид технічного засобу реабілітації \_\_\_\_\_

Особливості особи, що не дозволять їй користуватися технічним засобом  
реабілітації серійного виробництва \_\_\_\_\_

Особливі антропометричні параметри особи \_\_\_\_\_

Особливі вимоги до засобу реабілітації \_\_\_\_\_

Погоджені базові моделі засобу реабілітації:

Варіант 1 \_\_\_\_\_ Варіант 2 \_\_\_\_\_

Лікар \_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

М.П.

З призначенням згідний(а), заперечень не маю \_\_\_\_\_  
(підпис, П.І.Б. особи або її законного представника)

## Зворотний бік анкети

Вказати необхідні розміри

**1. Допоміжні засоби для особистої гігієни (крісла-стілці, сидіння та підставки для унітазів, сидіння для ванни, сидіння для душу, сходи, підставки для ванн тощо)**

Розміри	Одиниці виміру
Висота виробу, см	
Ширина виробу, см	
Ширина сидіння, см	
Глибина сидіння, см	
Висота сидіння, см	
Висота спинки, см	
Висота підлокітників, см	
Допустиме навантаження, кг	
Додаткова фіксація (зазначити, яка саме)	
Інші вимоги	

**2. Засоби для ходіння, керовані однією рукою (палиці, милиці)**

Висота виробу, см	
Допустиме навантаження, кг	
Додаткова фіксація (зазначити, яка саме)	
Інші вимоги	

**3. Засоби для ходіння, керовані обома руками (ходунки)**

Висота виробу, см	
Ширина виробу, см	
Довжина виробу, см	
Допустиме навантаження, кг	
Додаткова фіксація (зазначити, яка саме)	
Інші вимоги	

**4. Меблі (столи робочі, столи-парти, столи приліжкові, табурети та стільці для забезпечення вертикального положення, стінки шведські тощо)**

Висота виробу, см	
Ширина виробу, см	
Висота від підлоги до сидіння, см	
Висота стола, см	
Допустиме навантаження, кг	
Додаткова фіксація (зазначити, яка саме)	
Інші вимоги	

**5. Оснащення (поручні, брусья, руків'я, підтримувальні пристрої комбіновані)**

Висота виробу, см	
Ширина виробу, см	
Довжина виробу, см	
Допустиме навантаження, кг	
Додаткова фіксація (зазначити, яка саме)	
Інші вимоги	

Лікар \_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

М.П.

Додаток 3  
до Порядку подання заявки на  
виготовлення технічних засобів  
реабілітації за індивідуальним  
замовленням  
(пункт 4)

Фонду соціального захисту інвалідів

Заявка  
на виготовлення технічних засобів реабілітації  
за індивідуальним замовленням

Прошу розглянути документи \_\_\_\_\_  
(П.І.Б. інваліда, дитини-інваліда, постраждалого

внаслідок антитерористичної операції)

\_\_\_\_\_ (місце проживання)

\_\_\_\_\_ для виготовлення \_\_\_\_\_  
(вид технічних засобів реабілітації)

за індивідуальним замовленням.

До заявки додаються:

- 1) направлення для забезпечення технічними засобами реабілітації від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;  
(число, місяць, рік)
- 2) анкета (вказати назву анкети) від \_\_\_\_\_;  
(число, місяць, рік)
- 3) копія висновку МСЕК або ЛКК чи рішення ВЛК від \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

Начальник \_\_\_\_\_ (найменування управління праці та \_\_\_\_\_ (підпис) \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)  
\_\_\_\_\_ соціального захисту населення)

М.П.

\_\_\_\_\_ (число, місяць, рік)