

Министерство труда и
социальной защиты
Тульской области

Министерство
здравоохранения
Тульской области

Федеральное казенное
учреждение «Главное бюро
медико-социальной
экспертизы по Тульской
области» Министерства
труда и социальной
защиты Российской
Федерации

№ 38 -осн.
«11» февраля 2016 г.

№ 129 -осн.
«11» февраля 2016 г.

№ 83 -осн.
«11» февраля 2016 г.

ПРИКАЗ

Об утверждении Перечня технических средств реабилитации, медицинских показаний, противопоказаний, сроков эксплуатации и технических характеристик технических средств реабилитации и Порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации за счет средств бюджета Тульской области

В целях повышения эффективности реабилитации инвалидов Тульской области и осуществления взаимодействия при реализации мероприятий подпрограммы «Доступная среда» государственной программы Тульской области «Социальная поддержка и социальное обслуживание населения Тульской области», утвержденной постановлением правительства Тульской области 02.12.2013 № 691, п р и к а з ы в а е м :

1. Утвердить:

- Перечень технических средств реабилитации, медицинских показаний, противопоказаний, сроков эксплуатации и технических характеристик технических средств реабилитации (приложение № 1);

- Порядок обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации за счет средств бюджета Тульской области (приложение № 2).

2. Министерству труда и социальной защиты Тульской области:

- обеспечить методическое сопровождение настоящего приказа;

- разместить настоящий приказ на официальном сайте министерства труда и социальной защиты Тульской области и в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на сайте «Сборник правовых актов Тульской области и иной официальной информации» (pratula.ru).

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора департамента – начальника отдела работы с ветеранами и инвалидами департамента социальной политики министерства труда и социальной защиты Тульской области Амирасланову О.В., заместителя министра - директора департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области Караваева А.В., заместителя руководителя -

главного эксперта по экспертной работе федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тульской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации Овсянникову Е.В. (в пределах компетенции).

4. Признать утратившим силу приказ министерства труда и социальной защиты Тульской области, министерства здравоохранения Тульской области, федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тульской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 16.02.2015 №№ 37-осн., 115-осн., 74-осн. «Об утверждении Перечня технических средств реабилитации, медицинских показаний, противопоказаний, сроков эксплуатации и технических характеристик технических средств реабилитации и Порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации за счет средств бюджета Тульской области»

5. Приказ вступает в силу со дня официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2016 года.

**Министр труда и социальной
защиты Тульской области**

А.В. Филиппов

**Министр здравоохранения
Тульской области**

О.А. Аванесян

**Руководитель - главный эксперт
федерального казенного
учреждения «Главное бюро
медико-социальной экспертизы по
Тульской области» Министерства
труда и социальной защиты
Российской Федерации**

О.И. Литвяк

Приложение № 1

к приказу

от «11» февраля 2016 № 38 -осн

129 -осн

83 -осн

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

№	Наименование технических средств реабилитации	Показания	Противопоказания	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 функций сустава 3-4 ст.; 2. Выраженного и значительно выраженного нижнего парапареза; 3. Паралегии нижних конечностей; 4. Ампутированной культы 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.	Надкроватный столик	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.	Изголовье регулируемое	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 значительно выраженные изменения позвоночника, мышечного каркаса. позвоночного столба. 2. Ограничение способности к передвижению 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, паралич, тетрапарез, выраженные гиперкинетический и атактический синдромы). 2. Ограничение способности к самообслуживанию 2-3 ст. 3. Ограничение способности к передвижению 2-3 ст.	Масса тела свыше 45 кг.	Не менее 3 лет	Изготовлено из специальных материалов, хорошо пропускающих воду. Регулируется угол наклона спины и высоты подъяема 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 к самообслуживанию 2-3 ст. вследствие выраженных и значительно выраженных функциональных нарушений суставов, позвоночника. 2. Ограничение способности к передвижению 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	1. Ограничение способности к самообслуживанию 3 ст. 2. Ограничение способности к передвижению 2 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,

	(складное малогабаритное)	передвижению 3 ст.			водонепроницаемым пультом управления, со встроенным аккумулятором и возможностью автономной подзарядки. Габаритные размеры сиденья 59 x 71,5 x 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 электрокомпрессора. Ванна снабжена: шлангами для залива и слива воды; шлангом с лейкой для душа на конце; надувной подушкой для головы больного в изголовье ванны. Технические характеристики: Внешняя длина и ширина - 212x96 см;

						<p>Внутренняя длина и ширина – 173x55 см; Глубина – 37 см; Подошва – 58x34x11 см; Длина шланга – 166 см; Длина душа – 247 см; Вес ванны – 4,8 кг; Максимальная нагрузка – 113 кг.</p>
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 22x30,5 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 ИПРА инвалида, ИПРА ребенка-инвалида указывается количество бумаги.	Бумага с рельефно-точечным шрифтом по Брайлю. Размер листа: 250x380 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 выдвигания и втягивания грифеля. Длина - 14 см.	
15.	Часы с рельефным	1. Ограничение способности к	Нет	Не менее 5	Рельефные обозначения цифр позволяют слепым	

	обозначением	самообслуживанию 2-3 ст. вследствие снижения остроты зрения до 0-0,1 с коррекцией. 2. Ограничение способности к ориентации 2-3 ст.		лет	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 к самообслуживанию 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).	Слепота	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 значительно выраженные нарушения сенсорных функций вследствие заболеваний, травм, дефектов органов слуха, 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.	Слепота	Не менее 5 лет	Смартфоны предназначены для расширения границ самостоятельности инвалидов по зрению.
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).	Слепота	Не менее 5 лет	Смартфоны предназначены для расширения границ самостоятельности инвалидов по слуху.
21.	Специальная доска для пересадки инвалида	Ограничение способности к передвижению 2-3 ст.	Масса тела свыше 100 кг	Не менее 5 лет	Длина – 650 мм Ширина – 250 мм Толщина – 15 мм Масса – не более 1,9 кг Масса пользователя – не более 100 кг Изготавливается из высококачественной 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 матрасом, 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	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.

24.	Тренажеры реабилитационные (простой pedalный тренажер, pedalный тренажер с электродвигателем)	Ограничение способности к передвижению 2-3 ст. (решение выносится индивидуально)	Нет	Не менее 10 лет	<p>Наклон осуществляется с помощью газовой пружины. Боковые опоры, ножной прижим и жилетка позволяют надежно фиксировать пациента.</p> <p>Простой pedalный тренажер предназначен для разработки нижних конечностей в период реабилитации инвалидов. Используется для вращательных упражнений ступни, колена и бедра.</p> <p>Pedalный 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.</p> <p>Тренажер работает как в обычном режиме, так и в реверсионном (назад).</p>
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	<p>Портативная телескопическая рампа предназначена для преодоления небольших перепадов высот людьми, перемещающимися в креслах-колясках.</p> <p>Изготовлена из прессованного алюминиевого профиля.</p> <p>Мягкие конечные упоры обеспечивают хорошую устойчивость.</p> <p>Мягкие ручки обеспечивают удобство при транспортировке.</p> <p>Нескользящая поверхность. Фиксатор, препятствующий отсоединению частей рамп.</p> <p>Регулирование длины.</p> <p>Длина-3600мм</p> <p>Ширина-150 мм</p> <p>Грузоподъемность – 150 кг</p>
26.	Лестничный электрический подъемник (ступенькоход)	Передвижение с использованием кресло-коляски	Масса тела вместе с коляской более 130 кг.	Не менее 7 лет	<p>Предназначен для подъема и спуска людей с ограниченными возможностями в присутствии сопровождаемого лица в инвалидных креслах-колясках, с любого типа лестниц.</p> <p>Ширина спинки коляски: не более 500 мм;</p> <p>Ширина колеи основных колёс коляски: не более 730 мм;</p> <p>Грузоподъемность устройства: не более 130 кг (с коляской);</p>

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

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок определяет механизм обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации (далее - ТСР) в соответствии с перечнем медицинских показаний, противопоказаний, сроков эксплуатации и технических характеристик технических средств реабилитации (далее - Перечень).

1.2. ТСР обеспечиваются инвалиды, постоянно зарегистрированные на территории Тульской области (далее - Получатели), в соответствии с рекомендациями в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида (далее - ИПРА инвалида, ИПРА ребенка-инвалида) и в порядке очередности в реестре Получателей.

1.3. Обеспечение Получателей ТСР производится организацией, независимо от формы собственности, на основании 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».

1.4. Оплата ТСР осуществляется государственным учреждением Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Тульской области на реализацию мероприятия п. 2.3 «Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации в соответствии с региональным перечнем в рамках исполнения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов» подпрограммы 3 «Доступная среда» государственной программы Тульской области «Социальная поддержка и социальное обслуживание населения Тульской области», утвержденной постановлением правительства Тульской области от 02.12.2013 № 691.

1.5. Компенсация за самостоятельно приобретенное Получателем ТСР не выплачивается.

1.6. Повторное назначение ТСР допускается не ранее истечения срока эксплуатации, указанного в Перечне.

2. Порядок обеспечения инвалидов ТСР

2.1. Государственными учреждениями здравоохранения Тульской области, при наличии соответствующих медицинских показаний и отсутствии противопоказаний, вносятся в пункт 34 направления на медико-социальную

экспертизу (далее - форма № 088/у-06, направление на МСЭ) рекомендации по обеспечению ТСР в соответствии с Перечнем (указывается № пункта и наименование ТСР).

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

К направлению на МСЭ прилагается акт обследования условий проживания инвалида (приложение №1 к Порядку), оформленный комиссией, утвержденной государственным учреждением Тульской области «Управление социальной защиты населения Тульской области», в состав которой входят работники отделов социальной защиты.

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

2.2. Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тульской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее - ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области»):

2.2.1. Вносит в ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) рекомендации о нуждаемости в ТСР, включенных в Перечень (указывается № пункта и наименование ТСР, в графе «Исполнитель» указывается министерство труда и социальной защиты Тульской области), при наличии соответствующих медицинских показаний и отсутствии противопоказаний. При этом:

1) решение о внесении в ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) рекомендаций по обеспечению ТСР, предусмотренных пунктами 8, 9, 22, 23, 26 Перечня, принимается с учетом условий проживания инвалида (приложение № 1 к Порядку);

2) решение о внесении в ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) рекомендаций по обеспечению ТСР, предусмотренных пунктами 12, 13, 14, вносится в ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) 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 инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) рекомендаций по обеспечению ТСР, предусмотренным пунктом 19 (смартфон), одновременные рекомендации по обеспечению ТСР, предусмотренным пунктом 16 (диктофон), не допускается.

2.2.2. Направляет выписку из ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), в трехдневный срок в министерство труда и социальной защиты Тульской области.

2.3. Министерство труда и социальной защиты Тульской области:

при выявлении нарушений порядка оформления выписки ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), предусмотренного пунктом 2.2 настоящего Порядка, в течение трех рабочих дней в порядке межведомственного взаимодействия направляет выписку ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» на корректировку;

направляет копии выписки в государственное учреждение Тульской области «Управление социальной защиты населения Тульской области» в течение трех рабочих дней;

представляет в ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» информацию об исполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) не позднее одного месяца до окончания срока действия ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида).

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

представляет необходимые сведения об условиях проживания инвалида (приложение № 1к Порядку) по запросу государственных учреждений здравоохранения Тульской области и ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области»;

информирует при поступлении выписки ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в трехдневный срок инвалида (законного представителя) о порядке предоставления ТСР;

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

заверяет подпись инвалида в доверенности на получении ТСР доверенным лицом (приложение № 2 к Порядку);

направляет копии выписки в государственное учреждение Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» в течение трех рабочих дней документы для внесения данных в реестр Получателей;

представляет в министерство труда и социальной защиты Тульской области информацию об исполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), не позднее 45 календарных дней до окончания срока действия ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида).

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

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

формирует отдельный реестр участников, инвалидов Великой Отечественной войны и граждан, приравненным к ним по льготам, с целью реализации их прав на первоочередное обеспечение ТСР;

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

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

представляет отчет в государственное учреждение Тульской области «Управление социальной защиты населения Тульской области» об исполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в части обеспечения ТСР по фактическому исполнению, но не позднее 60 календарных дней до окончания срока действия ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида).

**Заместитель министра - директор
департамента социальной политики
министерства труда и социальной
защиты Тульской области**



И.А. Щербакова

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 нужно зачеркнуть)

Инвалид занимает отдельную комнату ДА/НЕТ

(не нужно зачеркнуть)

Квартира (в собственности, проживают по договору социального найма)

(не нужно зачеркнуть)

Количество комнат _____. Общая площадь _____ кв.м. Жилая площадь _____ кв.м.

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

(не нужно 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 нужно зачеркнуть)

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

(не нужно зачеркнуть)

и др.

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

(не нужно 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 нужно 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

**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

**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, 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): _____

<p>Направление принято Организацией</p> <hr/> <p>(наименование Организации)</p> <p>« ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(должность ответственного лица Организации, принявшей направление)</p> <hr/> <p>(Подпись и расшифровка)</p> <p>М.П.</p>	<p>Направление сдано инвалидом (доверенным лицом)</p> <hr/> <p>(Фамилия, имя, отчество инвалида)</p> <hr/> <p>(Фамилия, имя, отчество доверенного лица, при наличии)</p> <p>« ____ » _____ 20__ г.</p> <hr/> <p>(документ, удостоверяющий личность инвалида)</p> <p>серия _____ номер _____</p> <p>дата выдачи _____</p> <p>выдан _____</p> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(документ, удостоверяющий личность доверенного лица, при наличии)</p> <p>серия _____ номер _____</p> <p>дата выдачи _____</p> <p>выдан _____</p> <hr/> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <hr/> <p>(Подпись и расшифровка)</p>
<p><*> Подлежит возврату Организацией в государственное учреждение Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1», выдавшее направление, вместе с документами для оплаты, предусмотренными контрактом, заключенным государственным учреждением Тульской области «Комплексный центр социального обслуживания населения № 1» с Организацией.</p>	

Заместитель министра - директор
департамента социальной
политики министерства труда и
социальной защиты Тульской
области



И.А. Щербакова