

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

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

Категорії осіб, які мають право на зарахування за співбесідою відповідно до абзаців другого-четвертого пункту 2 розділу VIII Умов прийому на навчання до вищих навчальних закладів України, затверджених наказом МОН від 13.10.2017 року № 1378, зареєстрованих в Мін'юсті 14.11.2017 за № 1397/31265 (далі - Умови прийому)

Категорія	Необхідні документи	Примітка
Особи, яким Законом України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» надане право надане право на прийом без екзаменів до державних закладів вищої освіти за результатами співбесіди відповідно до абзацу третього пункту 2 розділу VIII Умов прийому за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти		
1 категорія (пункт 26 статті 20).	<ul style="list-style-type: none"> - Посвідчення синього кольору, серія А та вкладка до посвідчення, скріплена печаткою облдержадміністрації (див. зразок у додатку 2); Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів). 	
2 категорія (пункт 26 статті 20 через пункт 1 статті 21)	<ul style="list-style-type: none"> - Посвідчення сірого кольору, серія Б, Посвідчення світло-зеленого кольору, серія Б (див. зразок у додатку 2); Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів). 	
Діти з інвалідністю до 18 років – у зв'язку з	<ul style="list-style-type: none"> - Посвідчення жовтого кольору, серія Д та вкладка до 	

Чорнобильською катастрофою (пункт 4 частини 3 статті 30).	посвідчення дитини, скріплена печаткою облдержадміністрації, міськдержадміністрації м.м. Києва та Севастополя (див. зразок у додатку 2); Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).	
Діти віком до 18 років, які постраждали у зв'язку з Чорнобильською катастрофою (пункт 4 частини 3 статті 30 через частину 6 статті 30).	<ul style="list-style-type: none"> - Посвідчення жовтого кольору, серія Д (див. зразок у додатку 2) та довідка про наявність підстав для присвоєння категорії після досягнення повноліття, видана облдержадміністрацією за місцем проживання дитини; - Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів). 	Довідка про присвоєння категорії після виповнення 18 років повинна бути видана обласною державною адміністрацією з підписом, скріпленим гербовою печаткою.
Діти віком до 18 років, в яких померли батьки, віднесені до 1 або 2 категорій, смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою (пункт 26 статті 20 через частину 2 статті 20 та частину 2 статті 21).	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Свідоцтво про смерть одного (обох) батьків; - Довідка про смерть одного (обох) батьків, де встановлено зв'язок з Чорнобильською катастрофою та посвідчення про категорію батьків (див. зразок у додатку 2); - Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів). 	Довідка повинна бути видана районною або обласною державними адміністраціями з підписом, скріпленим гербовою печаткою.
Діти віком до 18 років, у яких померли батьки з числа учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, віднесені до 3 категорії, смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою (пункт 26 статті 20 через частину 2 статті 22).	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Свідоцтво про смерть одного (обох) батьків; - Довідка про смерть одного (обох) батьків, де встановлено зв'язок з Чорнобильською катастрофою та посвідчення про категорію батьків (див. зразок у додатку 2); - Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів). 	Довідка повинна бути видана районною або обласною державними адміністраціями з підписом, скріпленим гербовою печаткою.
Діти віком до 18 років, батьки яких віднесені до 1 категорії (частина 2 статті 20 через пункт 26 статті 20).	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника та посвідчення про категорію батьків; - Вкладка до посвідчення (див. зразок у додатку 2); 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів). 	
<i> Особи з інвалідністю внаслідок війни відповідно до пунктів 10-14 статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»; та відповідно до абзацу другого пункту 2 розділу VIII Умов прийому</i>		
Особи з інвалідністю внаслідок поранення, контузії чи інших ушкоджень здоров'я, одержаних під час участі у масових акціях громадського протесту в Україні з 21 листопада 2013 року по 21 лютого 2014 року за євроінтеграцію та проти режиму Януковича (далі - Революція Гідності), та які звернулися за медичною допомогою у період з 21 листопада 2013 року по 30 квітня 2014 року (пункт 10 частини другої статті 7).	<ul style="list-style-type: none"> - Посвідчення інваліда війни; - Довідка МСЕК (ЛТЕК) з висновком про зв'язок інвалідності з подіями Революції Гідності 	Видається органами соціального захисту населення за місцем реєстрації громадянина на підставі довідки МСЕК про групу та причину інвалідності (поранення, контузія, каліцтво, захворювання, одержане під час участі у масових акціях громадського протесту в Україні з 21 листопада 2013 р. по 21 лютого 2014 р. за євроінтеграцію та проти режиму Януковича (у Революції Гідності)) та на підставі рішення міжвідомчої комісії з питань встановлення факту участі осіб у Революції Гідності
Особи, які визнані інвалідами війни (пункти 11 -14 частини другої статті 7).	<ul style="list-style-type: none"> - Посвідчення інваліда війни - Довідка МСЕК (висновок ЛТЕК). 	
<i> Особи, яким надано це право відповідно до абзацу четвертого пункту 2 розділу VIII Умов прийому</i>		
Особи з інвалідністю, які не спроможні відвідувати навчальний заклад (за рекомендацією органів охорони здоров'я та соціального захисту населення)	<ul style="list-style-type: none"> - Посвідчення по інвалідності - Довідка МСЕК - рекомендація органів охорони здоров'я та соціального захисту населення 	

Категорії осіб, які за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти, беруть участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів з певного(их) навчального(их) предмета(ів), з яких не брали участь в основній чи додатковій сесіях ЗНО 2018 року, та/або ЗНО 2016, 2017 років (у будь-яких комбінаціях за їх вибором) що визначено згідно з пунктом 5 розділу VIII Умов прийому (в межах квоти 1) відповідно до абзацу другого частини третьої статті 44 Закону України «Про вищу освіту»

Категорія	Необхідні документи	Примітка
<p>особи, які в 2018 році не брали участь в основній чи додатковій сесіях зовнішнього незалежного оцінювання з певного(их) навчального(их) предмета (ів) через наявність захворювання або патологічного стану, зазначеного в Переліку захворювань та патологічних станів, що можуть бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, затвердженному наказом Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року за № 1707/29837.</p>	<p>інформація про захворювання або патологічний стан, що може бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, зазначається в одному із нижczезазначених документів::</p> <p style="padding-left: 2em;">листку непрацездатності,</p> <p style="padding-left: 2em;">довідці про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України,</p> <p style="padding-left: 2em;">довідці про тимчасову непрацездатність військовослужбовця, формі первинної облікової документації № 095/о, або Індивідуальній програмі реабілітації дитини-інваліда № _____ (вікова категорія від 0 до 18 років), Індивідуальній програмі реабілітації інваліда № _____ (вікова категорія від 18 років і старше),</p> <p style="padding-left: 2em;">формі первинної облікової документації № 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)»</p>	<p>за умови подання до приймальної комісії закладу вищої освіти одного з документів, зазначених у підпункті 1 пункту 2 наказу Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900 «Деякі питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року за № 1707/29837, або копії такого документа</p>

Категорії осіб, які за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти, беруть участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів 2018 року та/або зовнішнього незалежного оцінювання 2016, 2017 років (у будь-яких комбінаціях за їх вибором), що визначено пунктом 4 розділу VIII Умов прийому відповідно до абзацу другого частини третьої статті 44 Закону України «Про вищу освіту»

<p>Особи, яким за рішенням регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти відмовлено в реєстрації для участі в 2018 році в зовнішньому незалежному оцінюванні через неможливість створення особливих (спеціальних) умов (за умови подання до приймальної комісії закладу вищої освіти копії медичного висновку за формою первинної облікової документації № 086-3/о «Медичний висновок про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання», затвердженою наказом Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900 «Деякі питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року за № 1707/29837, що заверений підписом секретаря регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти і печаткою регіонального центру оцінювання якості освіти, та відповідного витягу з протоколу засідання регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти)</p>	<p>Довідка про хворобу згідно з переліком (Форма № 086-3/о).</p> <p>Форма № 086-3/о оформлюється згідно з рішенням лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я (ЛКК) або медичної комісії з питань створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання лікувально-профілактичного закладу (медична комісія)</p> <p>Форму № 086-3/о підписують голова ЛКК (медичної комісії) та члени ЛКК (медичної комісії) закладу охорони здоров'я (ставляється підписи і вказуються прізвища, імена, по батькові).</p> <p>Форма № 086-3/о засвідчується печаткою закладу охорони здоров'я, на базі якого працює ЛКК (медична комісія), або печаткою ЛКК закладу охорони здоров'я (за наявності).</p>	<p>Довідка лікувально-профілактичного закладу видається за місцем проживання вступника, і оформлюється лікарсько-контрольною комісією закладу з урахуванням Переліку захворювань, що можуть бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я України «Деякі питання участі в зовнішньому незалежному оцінюванні та вступних іспитах осіб, які мають певні захворювання та/або патологічні стани, інвалідність» від 29.08.2016 № 1027/900.</p> <p>Довідка видається на запит вступника, батьків вступника або осіб, що їх замінюють.</p>
---	--	---

Діти-сироти та діти, які залишилися без піклування батьків, а також особи з числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, віком від 18 до 23 років, яким надано цей статус Законом України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» відповідно до абзацу третього пункту 3 розділу VIII Умов прийому мають право на участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів та/або зовнішнього незалежного оцінювання (у будь-яких комбінаціях за їх вибором) (в межах квоти 1) відповідно до абзацу другого частини третьої статті 44 Закону України «Про вищу освіту»

Дитина-сирота, в якої померли або загинули батьки.	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>Питання надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування регулюється Порядком провадження органами опіки та піклування діяльності пов'язаної із захистом прав дитини, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 24.09.2008 № 866 (далі – Порядок), що набрала чинності 17.10.2008 року.</p>
Діти, позбавлені батьківського піклування у зв'язку з: <ul style="list-style-type: none"> а) Позбавленням батьків батьківських прав; 	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>Відповідно до пункту 22 Порядку районною, районною у м. Києві та Севастополі держадміністрацією, виконавчим органом міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини за поданням служби у справах дітей приймається рішення про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування. Зазначене рішення є офіційним документом, яким підтверджується статус дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування.</p>
б) Відібраним у батьків без позбавлення батьківських прав;	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>У рішенні зазначаються прізвище, ім'я, по батькові дитини, дата народження, обставини, за яких вона залишилась без батьківського піклування, документи, які підтверджують ці обставини, та форма влаштування дитини.</p> <p>Для дітей, які посиротіли до 17 жовтня 2008 року і щодо яких не приймалося</p>

<p>в) Визнанням батьків безвісно відсутніми або недієздатними, оголошенням батьків померлими;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>окремого рішення про надання статусу, може слугувати <i>витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування</i>, який роздруковується з єдиного електронного банку даних про дітей-сиріт та дітей-позбавлених батьківського піклування, і засвідчується в установленому порядку керівником органу опіки та піклування.</p>
<p>г) Відбуванням батьками покарання в місцях позбавлення волі чи перебуванням їх під вартою на час слідства;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	<p>Якщо наявність права особи на пільгу залежить від досягнення нею певного віку (зокрема, 18 або 23 років), вона може скористатися нею, якщо не досягла вказаного віку на момент подачі документів до вищого навчального закладу. Навіть якщо документи подаються у день досягнення вказаного віку, особа ще володіє пільгою. Особи, які подають документи вже на наступний день після досягнення вказаного віку, права на пільгу не мають.</p>
<p>д) Розшуком батьків органами внутрішніх справ, пов'язаним з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	
<p>е) Тривалою хворобою батьків, що перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	

<p>е) Розлучені із сім'єю, підкинуті діти, батьки яких невідомі; діти, від яких відмовилися батьки; батьки яких не виконують своїх батьківських обов'язків з причин, які неможливо з'ясувати у зв'язку з перебуванням батьків на тимчасово окупованій території України або в зоні проведення антiterористичної операції, та безпритульні діти.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	
<p>Особи віком від 18 до 23 років, у яких у віці до 18 років померли або загинули батьки, та особи, які були віднесені до дітей, позбавлених батьківського піклування;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Свідоцтво про народження вступника; - Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини. 	

Особи, яких визнано учасниками бойових дій відповідно до пункту 19 частини першої статті 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», які відповідно до абзацу другого пункту 3 розділу VIII Умов прийому беруть участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів та/або зовнішнього незалежного оцінювання (у будь-яких комбінаціях за їх вибором (в межах квоти 1)

<p>особи, визнані учасниками бойових дій відповідно до пункту 19 частини першої статті 6 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», у тому числі ті з них, які проходять військову службу (крім військовослужбовців строкової служби) в порядку, визначеному відповідними положеннями про проходження військової служби громадянами України;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Посвідчення учасника бойових дій. 	<p>Посвідчення встановленого зразка (видане військовим комісаріатом за місцем проживання).</p>
---	---	--

Особи, яким відповідно до абзаців другого та третього пункту 8 розділу VIII Умов прийому надано право на участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів та/або зовнішнього незалежного оцінювання (результати вступних іспитів зараховуються з предметів, з яких вступник не складав зовнішнє незалежне оцінювання).

Особи, звільнені з військової служби (у тому числі демобілізовані) після 30 листопада 2017 року відповідно до абзацу чотирнадцятого пункту 3 розділу III Умов прийому.	– Військовий квиток (копія)	
Громадяни України, які в рік вступу здобули повну загальну середню освіту за кордоном.	1) паспортний документ; 2) документ про здобутий рівень освіти з одержаними з навчальних дисциплін оцінками (балами), легалізований відповідно до чинного законодавства країни.	Документ про освіту має бути перекладений українською мовою та нотаріально завірений.

Категорії осіб, які мають право на зарахування за державним або регіональним замовленням(в межах встановленої квоти 2), за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти, та які відповідно пункту 6 розділу VIII Умов прийому мають право на участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів (з урахуванням особливостей проходження державної підсумкової атестації в Освітніх центрах «Крим-Україна» або без такого врахування для осіб, які отримали документ про повну загальну середню освіту) та/або зовнішнього незалежного оцінювання (у будь-яких комбінаціях за їх вибором).

Особи, яким відповідно до статті 7 Закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України» надано таке право.	Особливості подання документів Заявником:	Довідка уповноваженого загальноосвітнього навчального закладу про успішне проходження річного оцінювання та державної підсумкової атестації дійсна впродовж трьох місяців і повинна бути замінена на документ про повну загальну середню освіту та додаток до нього.
Громадяни України, які проживають на тимчасово окупованій території (які не зареєстровані в якості внутрішньо переміщених осіб) або переселилися з неї після 01 січня 2018 року. (вступ до уповноважених закладів вищої освіти, визначених відповідно до Порядку прийому для здобуття вищої та професійно-технічної освіти осіб, які проживають на тимчасово окупованій території України, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України від 24 травня 2016 року № 560, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 31 травня 2016 року за № 795/28925 (зокрема, усіх закладів вищої освіти у сфері управління МОН, МОЗ, Мінкультури, розташованих на території Запорізької, Миколаївської, Одеської та Херсонської областей). Пункт 6 розділу VIII Умов прийому).	<ul style="list-style-type: none"> - документи подаються особисто в письмовій формі; - за відсутності документа про освіту державного зразка та додатка до нього Заявник подає довідку уповноваженого загальноосвітнього навчального закладу про успішне проходження річного оцінювання та державної підсумкової атестації, яка є підставою для участі в конкурсі без подання сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання; - за умови участі у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів, сертифікат (сертифікати) зовнішнього незалежного оцінювання не подається. 	

Категорії осіб, які мають право на зарахування за державним або регіональним замовленням, за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти, та які відповідно пункту 7 розділу VIII Умов прийому мають право на участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів (з урахуванням особливостей проходження державної підсумкової атестації в Освітніх центрах «Донбас -Україна» або без такого врахування для осіб, які отримали документ про повну загальну середню освіту) та/або зовнішнього незалежного оцінювання (у будь-яких комбінаціях за їх вибором)

Особи, яким відповідно до абзацу другого частини четвертої статті 44 Закону України «Про вищу освіту» та пункту 7 розділу VIII Умов прийому на навчання до закладів вищої освіти України надано таке право.

<p>Громадяни України, місцем проживання яких є територія проведення антитерористичної операції (на період її проведення), територія населених пунктів на лінії зіткнення або які переселилися з неї після 01 січня 2018 року. (Вступ до закладів вищої освіти на території Луганської і Донецької областей та переміщених закладів вищої освіти, визначених відповідно до Порядку прийому для здобуття вищої та професійно-технічної освіти осіб, місцем проживання яких є територія проведення антитерористичної операції (на період її проведення), затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України від 21 червня 2016 року № 697, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 01 липня 2016 року за № 907/29037.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Документи подаються особисто в письмовій формі; - за відсутності документа про освіту державного зразка та додатка до нього Заявник подає довідку уповноваженого загальноосвітнього навчального закладу про успішне проходження річного оцінювання та державної підсумкової атестації, яка є підставою для допуску Заявника до вступних випробувань та зарахування до вищих навчальних закладів відповідно до Переліку. - за умови участі у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів, сертифікат (сертифікати) зовнішнього незалежного оцінювання не подається. 	<p>Довідка уповноваженого загальноосвітнього навчального закладу про успішне проходження річного оцінювання та державної підсумкової атестації дійсна впродовж трьох місяців і повинна бути замінена на документ про повну загальну середню освіту та додаток до нього.</p>
---	---	---

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

I. Особи, для яких конкурсний бал збільшується в 1,02 рази (сільський коефіцієнт) відповідно до абзацу одинадцятого підпункту 1 пункту 8 розділу VII Умов прийому на навчання до закладів вищої освіти України.		
<p>СК дорівнює 1,02 для осіб, зареєстрованих у селах не менше двох років до дня завершення подання заяв про вступ та які здобули повну загальну середню освіту у закладах освіти, що знаходяться на території сіл, у рік вступу (1,05 - для спеціальностей галузі знань 20 «Аграрні науки та продовольство»), та 1,00 в інших випадках.</p>	<p>Довідка про реєстрацію місця проживання особи за формою згідно з додатком 13 до Правил реєстрації місця проживання та Порядку передачі органами реєстрації інформації до Єдиного державного демографічного реєстру, що затверджені постановою КМУ від 2 березня 2016 р. № 207.</p>	<p>Ця довідка про реєстрацію місця проживання/перебування подається особами, які отримали паспорт у формі картки та дітьми до 16 років.</p> <p>Довідка про місце проживання дійсна для осіб, зареєстрованих у селах не менше двох років до дня завершення подання заяв про вступ та які здобули повну загальну середню освіту у закладах освіти, що знаходяться на території сіл, у рік вступу</p>

Додаток

Зразки

ПОСВІДЧЕННЯ
документа (контейнера), використаного згідно з умовами
її зносу (ліквідацію, повернення) химічорій
сектора, якого подано в Чорнобильський хематропофіро
(хемотропічні матеріали)

№ 025685	Фото 3x4 см
Ім'я	Іванівна
По батькові	Іван
Підпис	
Дата видачі №	20 р.
М. П.	

ПОСВІДЧЕННЯ

у часника ліквідації насадівка аварії
на Чорнобильській АЕС у 1986 р.

(Категорія 3)

Серія А № 145867

Прізвище

Ім'я

По батькові	
Валентин Павлович	
Дата видачі №	19 р.
М. П.	

ПОСВІДЧЕННЯ

у часника ліквідації насадівка аварії на
Чорнобильській АЕС у 1986 р.

(Категорія 2)

Серія А № 509145	Фото 3x4 см
Ім'я	Іванівна
По батькові	Іван
Підпис	
Дата видачі №	20 р.
М. П.	

ПОСВІДЧЕННЯ

у часника ліквідації насадівка аварії на
Чорнобильській АЕС у 1986 р.

(Категорія 3)

Серія Б № 424629	Фото 3x4 см
Ім'я	Іванівна
По батькові	Іван
Підпис	
Дата видачі №	20 р.
М. П.	

ПОСВІДЧЕННЯ

у часника ліквідації насадівка аварії на
Чорнобильській хематропофіро

(Категорія 3)

Серія Б № 424629	Фото 3x4 см
Ім'я	Іванівна
По батькові	Іван
Підпис	
Дата видачі №	20 р.
М. П.	

ПОСВІДЧЕННЯ

у часника ліквідації насадівка аварії на
Чорнобильській хематропофіро

(Категорія 3)

Серія Б № 424629	Фото 3x4 см
Ім'я	Іванівна
По батькові	Іван
Підпис	
Дата видачі №	20 р.
М. П.	

Заповідником постраждалою територію Міністерства України
з 25 березня 1992 р. № 501

Призначено постраждалу територію на північ від комплексу
електроенергетичних установ та супутніх споруд, що відносяться
до об'єктів державного атомного ризику, земельного комплексу
об'єкту атомної енергетики, який віднесений до категорії
"загрозливий", та відповідно до вимог, встановленої відповідно
до нормативу радіаційного зараження, встановленого відповідно
до Директиви Уряду № 31/92 від 10.07.1992 р. та встановленого
законом № 30-ВД від 20 липня 1992 р. № 61

Предметом ліквідації, як правило на північ від зони зараженості,
є територія Зони відчуження "Ділянка 1" супутніх споруд
об'єкту атомної енергетики, який віднесений до категорії
"загрозливий", та відповідно до вимог, встановленої відповідно
до нормативу радіаційного зараження, встановленого відповідно
до Директиви Уряду № 31/92 від 10.07.1992 р. та встановленого
законом № 30-ВД від 20 липня 1992 р. № 61

Заповідником постраждалою територію Міністерства України
з 20 січня 1997 р. № 57

Предметом ліквідації, як правило на північ від зони зараженості,
є територія Зони відчуження "Ділянка 2" супутніх споруд
об'єкту атомної енергетики, який віднесений до категорії
"загрозливий", та відповідно до вимог, встановленої відповідно
до нормативу радіаційного зараження, встановленого відповідно
до Директиви Уряду № 31/92 від 10.07.1992 р. та встановленого
законом № 30-ВД від 20 липня 1992 р. № 61

Заповідником постраждалою територію Міністерства України
з 20 січня 1997 р. № 57

Предметом ліквідації, як правило на північ від зони зараженості,
є територія Зони відчуження "Ділянка 3" супутніх споруд
об'єкту атомної енергетики, який віднесений до категорії
"загрозливий", та відповідно до вимог, встановленої відповідно
до нормативу радіаційного зараження, встановленого відповідно
до Директиви Уряду № 31/92 від 10.07.1992 р. та встановленого
законом № 30-ВД від 20 липня 1992 р. № 61

Заповідником постраждалою територію Міністерства України
з 20 січня 1997 р. № 57

Зразки

ПОСВІДЧЕННЯ
особи, яка підтверджує винайдок
чорнобильської катастрофи

(категорія 2)

Серія Б № 300827 с

Фото 3x4 см	Прізвище Ім'я По батькові
	Підпис Дата видання * 20 р. М.П.

ПОСВІДЧЕННЯ

особи, яка підтверджує винайдок

чорнобильської катастрофи

(категорія 1)

Серія А № 104980 с

Фото 3x4 см	Прізвище Ім'я По батькові
	Підпис Дата видання * 20 р. М.П.

ВІДАМКА № 007162до посвідчення датчика,
який вимірює іонізацію, що
засновано на чорнобильському
катастрофі

Л. №

Прізвище
Ім'я
По батькові

Адреса № * 100 р.

ВІДАМКА без посвідчення підписана

М.П. (підпись копії посвідчення особи, яка підтверджує винайдок)

М.П. (підпись копії посвідчення особи, яка підтверджує винайдок)

ПОСВІДЧЕННЯ

датчика, яка підтверджує від чорнобильської катастрофи

Серія Д № 409879 ✽ Н

Фото 3x4 см	Прізвище Ім'я По батькові
	Підпис батька (матері) М.П. Дата видання * 19 р. Серія і номер свідчача про народження

Запережене посвідчення видано Кабінетом

Міністерства України від 20 січня 1997 р. № 51

Прес-реліз посвідчення видано на підставі із положенням
Закону України "Про створення і сприяння розвитку
діяльності Чорнобильської катастрофи".Сірого
кольору
серії БСинього
кольору
серії АЖовтого
кольору
серії Д

Запережене посвідчення видано Кабінетом

Міністерства України

від 20 січня 1997 р. № 51

Прес-реліз посвідчення видано на підставі із положенням
Закону України "Про створення і сприяння розвитку
діяльності Чорнобильської катастрофи".ПОСВІДЧЕННЯ
датчика, яка підтверджує від чорнобильської катастрофи

видано на підставі положення

Міністерства України

від 20 січня 1997 р. № 51

Міністерства України

від 20 січня 1997 р. № 51

(підпись копії посвідчення)

М.П.

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

ДЕРЖАДМІНСТРАЦІЯ _____

КОРІНЕЦЬ ДОВІДКИ N _____

Виданий гр-ну (ці) _____

(прізвище, ім'я,

по батькові)

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

(найменування населеного пункту)

області.

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

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

Посадова особа,
яка видала довідку

(підпись)

Довідку одержав (ла) _____
(підпись)

" " 19 р.

МГ

Продовження додатка N 7

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

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

(найменування населеного пункту)
області.

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

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

Заступник голови
дережадміністрації

(підпис)

" " 19 р.

МП

Представник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників бойових дій

ПОСВІДЧЕННЯ серія УБД № 111111

Прізвище _____
Ім'я _____
По батькові _____
Особистий підпис _____

Дата видання « » 20 р.

М.П.

Представник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – інвалідів війни

ПОСВІДЧЕННЯ	серія В-1	№ 0000000
Прізвище	Ім'я	По батькові
Фото	Фото	Фото
зах. ск	зах. ск	зах. ск

Представник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників війни

ПОСВІДЧЕННЯ	серія Д	№ 0000000
Прізвище	Ім'я	По батькові
Фото	Фото	Фото
зах. ск	зах. ск	зах. ск

Представник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників війни

ПОСВІДЧЕННЯ	серія У	№ 0000000
Прізвище	Ім'я	По батькові
Фото	Фото	Фото
зах. ск	зах. ск	зах. ск

(подпись керівника установки, військового комісара)

документ №: 2010/2010

ПОСВІДЧЕННЯ		серія Т	№ 0000000
(код читало)			
Прізвище	Ім'я	По батькові	
М.П.			
Особистий		ІДН	
			

Предявник цього посвідчення
має право на польот, встановлені
законом державом України для сімей
загиблих (померлих) ветеранів війни

**ПОСВІДЧЕННЯ ВЕЗТЕРМІНОВЕ І ДЛІСНЕ
НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**

Дата видачі 20..... р.

М.П.

(підпис керувника установи, в якій був отриманий реєстратури

документ, який є доказом відсутності засобів

до Правил реєстрації місця проживання та Порядку передачі органами реєстрації інформації до

Єдиного державного демографічного реєстру, що затверджені постановою КМУ від 2 березня
2016 р. № 207

ДОВІДКА

про реєстрацію місця проживання особи

За відомостями

(назва органу реєстрації)

місце проживання
прізвище _____
ім'я _____
по батькові _____

дата і місце народження

громадянство/підданство

унікальний номер запису в Единому державному демографічному реєстри*

зареєстроване за адресою

(адреса житла або адреса (місцезнаходження)

спеціалізованої соціальної установи, закладу соціального обслуговування та соціального захисту

або військової частини, за якою реєструється місце проживання)
3 ____ 20 ____ р. по ____ — 20 ____ р./по теперішній час
(необхідне зазначити).

М.П.

(підпись)

(посада, прізвище та ініціали)

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

Додаток

до Порядку

(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 8 червня 2016 р. № 352)

ДОВІДКА

від 20 р. № _____

про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи

Видана _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

Дата і місце народження _____

Стать _____

(серія, номер, дата видачі паспорта громадянина України, ким і коли виданий/дані

про документ, що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус,

або свідоцтво про народження дитини)

Відомості про законного представника, що супроводжує малолітню дитину, неінспектовану особу або особу, дізслатність якої обмежена _____

Зареєстроване місце проживання _____

(вулиця, номер будинку, квартири,

населений пункт, район, область, найменування та адреса дитячого закладу,

закладу охорони здоров'я, закладу соціального захисту дітей, до якого влаштовано

дитину-сироту або дитину, позбавлену батьківського піклування)

Фактичне місце проживання/перебування _____

(вулиця, номер будинку,

квартири, населений пункт, район, область, найменування та адреса дитячого закладу,

закладу охорони здоров'я, закладу соціального захисту дітей, до якого влаштовано

дитину-сироту або дитину, позбавлену батьківського піклування)

Довідка пред'являється разом з паспортом громадянина України або іншим документом, що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус, або свідоцтвом про народження дитини.

Посадова особа структурного
підрозділу з питань соціального
захисту населення

(підпись)

20 р.

МП

(місце для службової інформації)

(лінія відрізу)

ВІДРИВНИЙ ТАЛОН ДО ДОВІДКИ від _____ 20 р. № _____, виданої

(прізвище, ім'я, по батькові)

(серія, номер, дата видачі паспорта громадянина України, ким і коли виданий/ дані про документ, що посвідчує особу та підтверджує її спеціальний статус, або свідоцтво про народження дитини)

(дата)

(підпис особи, якій видано довідку; законного представника; керівника дитячого закладу, закладу охорони здоров'я, закладу соціального захисту дітей, до якого відправлено дитину-сироту або дитину, позбавлену батьківського піклування; родича малолітньої дитини, вітчима, мачухи, в яких проживає (перебуває) дитина; представника органу опіки та піклування)

(місце для службової інформації)

{*Додаток редакції Постанови КМ № 352 від 08.06.2016}*}

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

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

досіди про тимчасову непрацездатність попілійського,

військовослужбовця Національної гвардії України, форма якої затверджена Наказом Міністерства внутрішніх справ України від 23 березня 2016 року № 201, зареєстрованим у Мінності 12 квітня 2016 року за № 535/28665, - для поліцейських, військовослужбовців строкової служби, офіцерів та військовослужбовців військової служби за контрактом;

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

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

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

Individуальні програми реабілітації інваліда № (вікова категорія від 18 років і старше), форма якої затверджена наказом МОЗ від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Мінності 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464, - для осіб з інвалідністю;

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

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

Зразки форм довідок, що

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

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я			
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюються форми		Форма первинної облікової документації N 086-3/о	
Код за ЄДРПОУ		ЗАТВЕРДЖЕНО	
		Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України	
		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК N _____

Про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

Дата видачі " ____" 20 року

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

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

3. Місце проживання особи _____

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

5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____

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

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

7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітнім потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання

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

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

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

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації
№ 086-З/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства освіти і науки України,
Міністерства охорони здоров'я України

Код за ЄДРПОУ N

**КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до МЕДИЧНОГО ВИСНОВКУ № _____
про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного
опінновання**

Дата видачі " " 20 року

1. Прізвище, ім'я, по батькові особи

2. Дата народження (число, місяць, рік)

3. Місце проживання особи

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

5. Категорія особи з особливими освітніми потребами

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

<u> </u> (код умови)				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<u> </u> (код умови)				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного опінновання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного опінновання

Голова медичної комісії (ЛКК)	<input type="text"/> (підпис)	<input type="text"/> (прізвище, ім'я, по батькові)
Члени медичної комісії (ЛКК):	<input type="text"/> (підпис)	<input type="text"/> (прізвище, ім'я, по батькові)
	<input type="text"/> (підпис)	<input type="text"/> (прізвище, ім'я, по батькові)
	<input type="text"/> (підпис)	<input type="text"/> (прізвище, ім'я, по батькові)

М. П.

(закладу охорони здоров'я або ЛКК)

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

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

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 095/0 ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України Код за ЄДРПОУ _____ № _____	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		
Код за ЄДРПОУ _____	№ _____	_____

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 095/0 ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України Код за ЄДРПОУ _____ № _____	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		
Код за ЄДРПОУ _____	№ _____	_____

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

КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до довідки № _____	
Дата видачі “ _____ ” 20 _____ року	
1 Прізвище, ім'я, по батькові хворого	
2. Найменування навчального закладу	
3. Діагноз (зазначається за згодою пацієнта)	
4. Звільнений(на) від занять (роботи), відвідувань дошкільного навчального закладу	
з _____ по _____	20 _____ року

5. Наявність контакту з інфекційним хворим (так, ні)			Звільнення продовжено	
			з _____	по _____
			20 _____ року	
(підкреслити, вписати)			з _____	по _____
6. Звільнений(на) від занять, відвідувань дошкільного навчального закладу			20 _____ року	
з _____	по		з _____	по _____
з _____	по		20 _____ року	
M.П.	Підпис лікаря _____		M.П.	Підпис лікаря _____
<i>Примітка. Контрольні талони служать для обліку виданих довідок.</i>				

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України

14 лютого 2012 року № 110

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <hr/>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 086/0</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p><input type="text"/> № <input type="text"/></p>								
<p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/>									
<p>Код за ЄСРПОУ</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<p>МЕДИЧНА ДОВІДКА (лікарський консультаційний висновок)</p> <p>заповнюється на абітурієнтів, які вступають у навчальні заклади всіх рівнів акредитації</p> <p>від " <input type="text"/> " 20 <input type="text"/> року</p>									
<p>1. Видана</p> <p>(найменування і адреса закладу, що видав довідку)</p> <p>2. Найменування навчального закладу, куди подається довідка</p> <p>3. Прізвище, ім'я, по батькові</p> <p>4. Стать чоловіча – 1; жіноча – 2</p>		<p><input type="text"/> 5. Дата народження <input type="text"/> (число, місяць, рік)</p>							

6. Місце проживання хворого _____
7. Перенесені захворювання _____
8. Об'єктивні дані і стан здоров'я хворого на дату обстеження : терапевт (лікар загальної практики – сімейний лікар, педіатр) _____
хірург _____
невропатолог _____
окуліст _____
отоларинголог _____
інші спеціалісти _____
9. Дані рентгенівського (флюорографічного) обстеження _____
10. Дані лабораторних досліджень _____
11. Дані інструментальних обстежень _____
12. Запобіжні щеплення (вказати дату) _____
13. Лікарський висновок про професійну придатність _____ Підпис особи, яка заповнила довідку _____ Підпис керівника закладу охорони здоров'я _____
M.П.

Листок непрацездатності
Лицьовий бік

ЗАВІДОВЛЮЮЩИЙ <i>(заголовок підпісчанки)</i> Справжнє, ім'я, то Батьків непрацездатного <i>(загальне роботи, наявна прописка, учасник, організатор)</i> Виданий 20 р. <i>(чоловіко, жінка)</i>	ЛІСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВІННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛІСТКА № N <i>(відповідне підпісчання)</i>		Серія N <i>(прізвище лікаря)</i>		K O P I H E P		
Виданий <i>(чоловіко, жінка)</i>	ЛІСТОК ВІДАРІЗУ ПІДЛІСТКА N <i>(назва ім'я та підголівник замінуваної скорони заворуза)</i> Вік 20 р.		Печатка <i>Загальну скорону замінувати звертає</i> Чол. Жін. <i>заготовлене</i> Підпісчанок Шевр МКХ-10		ІПРЕМІТКА: <i>Печатка, загальну скорону замінувати звертає</i> <i>підпісчанок</i>		
	<i>(дата та підпісчанок, устаночин, отриманий)</i> Діагноз первинний:		Датою заключний:				
<p>Причина непрацездатності: захворювання загальнє – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, недієсній вихід на виробництві та його наслідки – 4, неебробігні травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, потілля (брів) – 10.</p>							
РЕЖИМ: <i>Підліс лікаря.</i>	<i>Відмітки про порушення режиму:</i> <i>Підліс лікаря.</i>						
Перебуває у стаціонарі З 20 р. по 20 р.	Направленний у МСЕК 20 р. <i>Підліс голови ЛІКК.</i>						
Перевести глибчаково на іншу роботу З 20 р. по 20 р.	Оголошений у МСЕК 20 р. <i>Відстовськ МСЕК.</i>						
Підліс голови ЛІКК Ведеть листка непрацездатності дозволено: Підліс головного лікаря М. П. Підліс голови МСЕК <i>З ВІЛБННЯ ВІДРОБОТИ</i>	<i>М. П. Підліс голови МСЕК</i>						
З якого чину	До якого чину відночено	<i>Послуга</i>	<i>і прізвище лікаря</i>			<i>Підпис та</i> <i>печатка лікаря</i>	
З <i>(чоловіко, жінка, рік)</i>	<i>(споваженческо і ласкаво)</i>						
З <i>(чоловіко, жінка, рік)</i>	<i>(споваженческо і ласкаво)</i>						
З <i>(чоловіко, жінка, рік)</i>	<i>(споваженческо і ласкаво)</i>						
З <i>(чоловіко, жінка, рік)</i>	<i>(споваженческо і ласкаво)</i>						
СТАТИДРОВОТИ <i>(споваженческо і ласкаво)</i> ПРОДОВЖУЄ ХВОРІТЬ <i>Відно новий листок непрацездатності (пропланований) N...</i>						<i>Печатка, прізвище</i> <i>підпісчанок</i>	

Зворотний бік

<p style="margin: 0;">Структурний підрозділ..... Робота постійна, тяжкосвоя, сезонна (потреба працюєти). Не працює з " 20 ... р. Неробочий період не працюєтися</p>	<p style="margin: 0;">Підпис і прізвище та батьківська або уповноваженої особи Дати.....</p>	<p style="margin: 0;">(послуга, підприємство та діяльність якого єю уповноваженої особи)</p>																																																
<p style="margin: 0;">Застрахована особа відноситься до осіб, які постраждали в наслідок аварії на ЧАЕС або допомогают збору після відомої землетрусу (до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи, в теракті війни (потреба підкористити).</p>																																																		
<p style="margin: 0;">Страховий стаж на день настання непралеглатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потреба підкористити).</p>																																																		
<p style="margin: 0;">(послуга, підприємство та діяльність якого єю уповноваженої особи)</p>																																																		
<p style="margin: 0;">ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА:</p>																																																		
<p style="margin: 0;">З техніческої непралеглатності в розмірі...% за... робочих (календарних) днів з вагітності та пологів у розмірі.....% за... робочих (календарних) днів</p>																																																		
<p style="margin: 0;">Допомога не надається з причини.....</p>																																																		
<p style="margin: 0;">Акт про непралескій випадок на виробництві, акт розшукування непралеского випадку та виробництва або професійного захворювання від 20. р. N</p>																																																		
<p style="margin: 0;">(послуга, підприємство та діяльність якого єю уповноваженої особи)</p>																																																		
<p style="margin: 0;">ДОВІДКА ПРО ЗАРОБЛЕННУ ПЛАТУ</p>																																																		
<p style="margin: 0;">Місцем роботи.....гр. Дієна тарифна ставка.....гр.</p>																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Місяць</th> <th style="width: 20%;">Кількість робочих днів (годин)</th> <th style="width: 30%;">Сума фіктивної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески</th> <th style="width: 40%;">Середньодення (середньогодинна) заробітна плата</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Місяць	Кількість робочих днів (годин)	Сума фіктивної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньодення (середньогодинна) заробітна плата																																												
Місяць	Кількість робочих днів (годин)	Сума фіктивної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньодення (середньогодинна) заробітна плата																																															
<p style="margin: 0;">Условія:</p>																																																		
<p style="margin: 0;">При переведенні під час хвороби на іншу роботу з 20 ... р. до 20 ... р. заробітна плата за днів становить</p>																																																		
<p style="margin: 0;">НАДІЖНІТЬ ДО ВИЩІ ПЛАТИ</p>																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">З якого</th> <th style="width: 15%;">За скільки</th> <th style="width: 15%;">Розмір допомоги в % до заробітної плати</th> <th style="width: 15%;">Денна (годинна) допомога в гр. і коп.</th> <th style="width: 15%;">Усього нараховано</th> <th style="width: 15%;">Усього</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>з якого</td><td>з якого</td><td>з якого</td><td>з якого</td><td>з якого</td><td>з якого</td></tr> <tr><td>часу 1 до якого</td><td>днів (то чи то)</td><td>з якого</td><td>з якого</td><td>з якого</td><td>з якого</td></tr> </tbody> </table>			З якого	За скільки	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) допомога в гр. і коп.	Усього нараховано	Усього	з якого	часу 1 до якого	днів (то чи то)	з якого	з якого	з якого	з якого																																			
З якого	За скільки	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) допомога в гр. і коп.	Усього нараховано	Усього																																													
з якого	з якого	з якого	з якого	з якого	з якого																																													
часу 1 до якого	днів (то чи то)	з якого	з якого	з якого	з якого																																													
<p style="margin: 0;">(услуги непралеского — сумма стикованих)</p>																																																		
<p style="margin: 0;">Вказано до підставки відомості за місяць 20 ... р. Підставка. Підзвітне і підпис керівника</p>																																																		
<p style="margin: 0;">Підпис головного (старшого) бухгалтера...</p>																																																		

ДОВІДКА
про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії
України

Первинна, продовження довідки № _____
(потрібне підкреслити)

(найменування закладу охорони здоров'я МВС)

Видана	_____ 20 ____ року	Лікарем	_____
(спеціальне (військове) звання, прізвище, ім'я, по батькові тимчасово непрацездатного)		ВІК _____ (повних років)	

(місце служби: найменування органу поліції, органу військового управління, об'єднання, з'єднання, військової частини (підрозділу), вищого військового навчального закладу, навчальної військової частини (центру), бази, закладу охорони здоров'я та установи Національної гвардії України)
(медична карта амбулаторного хворого № _____)

Діагноз первинний	Діагноз заключний	Шифр МКХ-10
-------------------	-------------------	-------------

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

Режим	Відмітка про порушення режиму	Підпис лікаря
Перебував у стаціонарі з _____ 20 ____ р. по _____ 20 ____ р.		

ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД СЛУЖБИ

3 (число, місяць, рік)	До якого числа включно (словами число, місяць)	Прізвище лікаря	Підпис та печатка лікаря

ПРИСТУПТИ ДО СЛУЖБИ

(словами числом і місяцем)
здоров'я МВС

Печатка

закладу охорони
(посада, прізвище лікаря)

ПРОДОВЖУС ХВОРІТИ

Видано довідку про тимчасову
непрацездатність (продовження) № _____
(підпис лікаря)

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

Дата заповнення	ЛКК	лікувально-профілактичного закладу
(найменування		
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда		
2. Дата народження	3. Стать	
4. Місце проживання	4. Місце проживання тел.	
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початковая загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити)		
6. Професія		
7. Працює (спеціальність, посада)		
8. Наявність інвалідності		
9. Загальна тривалість	перебування на інвалідності	
10. Програма реабілітації	складена: упередше, у другому (підкреслити)	
11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10		
12. Супутні захворювання (код за МКХ-10)		
13. Обмеження життєдіяльності:		
N	Види обмеження	Ступінь обмеження
		до після
		виконання
		ІПР
		I II III I II III
		+ + + + + + + + + + + +
13.1	до самообслуговування	+ + + + + + + + + + + +
13.2	до пересування	+ + + + + + + + + + + +
13.3	до орієнтації	+ + + + + + + + + + + +
13.4	до спілкування	+ + + + + + + + + + + +
13.5	до контролю за своєю поведінкою	+ + + + + + + + + + + +
13.6	до трудової діяльності	+ + + + + + + + + + + +
13.7	до навчання	+ + + + + + + + + + + +
13.7.1	до професійного навчання	+ + + + + + + + + + + +
13.7.2	до здобуття освіти	+ + + + + + + + + + + +
14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація		

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

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

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

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

- ортопедичні вироби	- ортопедичне взуття	- спеціальний одяг
- 7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, інвентар:		
- спеціальні крісла-колісні для заняття окремими видами спорту	- шведська стінка, інші спеціальні тренажери	- спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання
- протезування клапанів	- забезпечення кардіостимулляторами (ШВРС)	- ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ
- сечоприймачі	- калоприймачі	- слухові апарати
- очні протези (тимчасові або індивідуальні)	- окуляри	- очні протези (тимчасові або індивідуальні)
- контактні лінзи	- луки	- контактні лінзи
- гіперокуляри	- світлофільтри	- діафрагмальні, мінусові ручні лінзи
- акустичні окуляри	- епіпротези,	- акустичні окуляри
- орбітальний		- орбітальний

Індивідуальна програма реабілітації інваліда № ____
(вікова категорія від 18 років і старше)

Іата заповнення _____ МСЕК _____

. Прізвище, ім'я, по батькові інваліда _____

: Дата народження _____

: Місце проживання _____

т.ел.

: Освіга: немас; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкредити).

: Професія _____

: Працює (спеціальність, посада) _____

: Група інвалідності _____ Причина інвалідності _____

: Загальна тривалість перебування на інвалідності _____

: Програма реабілітації складена: уперше, у друге (підкредити)

: Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____

: Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____

3. Обмеження життедіяльності:

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

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація

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

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

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

- машини, що читають - папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля							
- диктофони							
- плесери для відтворення звукозапису							
- годинник							
- книги, видруковані шрифтом Брайля							
- тростини тактильні							
3. Спеціальні засоби для самообслуговування: - допоміжні побутові пристрой							
4. Спеціальні засоби для догляду: - допоміжні засоби для туалету							
- допоміжні засоби для підймання							
- крісла-стільці із санітарним оснащенням							
5. Спеціальні засоби для освіти і заняття трудовою діяльністю: - комп'ютерні програми для навчання							
- спеціальні підручники, література шрифтом Брайля							
- меблі спеціального призначення							
6. Протезні вироби: - ортопедичні вироби							
- ортопедичне взуття							
- спеціальний одяг							
7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:							
- тренажери							
- спеціальні крісла-колісні (колошки) для заняття окремими видами спорту							
- шведська стінка							
- інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання							
III Вироби медичного							

призначення				
- протезування клапанів				
- забезпечення кардіостимулаторами (ІШВРС)				
- ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ				
- сечоприймачі				
- калопривідні апарати				
- очні протези (тимчасові або індивідуальні)				
- окуляри				
- контактні лінзи				
- лути				
- гіперокуляри				
- світлофільтри				
- діафрагмальний, мінусові ручні лінзи				
- акустичні окуляри				
- тростини				
- епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока				
- протези зубів, щелеп				

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

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

17. Проведена співбесіда з інвалідом;

Дата _____ Підпись фахівця _____

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

19. Дата контролю за виконанням ПР _____

20.Підпись інваліда (законного представника)

Підпись Голови МСЕК _____

Печатка МСЕК

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життедіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погрішено (підкреслити).

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погршилась (підкресли).

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

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

21.5. ПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкресли).

21.6. Мета ПР: досягнута; не досягнута (підкресли).

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

Підсумки МСЕК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів МСЕК _____
(ініціали, прізвище)

Печатка МСЕК _____

Дата _____

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

Код форми за ДКУД	
	+ + + + + + + -
Код закладу за ЄДРПОУ	

Код форми за ДКУД	
	+ + + + + + + -
Код закладу за ЄДРПОУ	

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	ФОРМА N 1018101/101
Найменування закладу	-----
	Затверджена наказом МОЗ України 0141121201011р. N 41821

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	ФОРМА N 1018101/101
Найменування закладу	-----
	Затверджена наказом МОЗ України 0141121201011р. N 41821

КОРІНЕЦЬ

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

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

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

Л _____

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

і _____

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

я _____

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____

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

5. Захворювання (патологічний стан) _____

р _____

відповідає розділу _____, пункту _____,
підпункту _____ Переліку медичних показань3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна
(необхідне підкреслити) _____

Дійсний до " ____ " ____ р.

з _____

4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____

5. Захворювання (патологічний стан) _____

Дата переогляду " _____ " р.

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

(Заступник головного лікаря з мед. частини)
 (прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

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

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

" _____ " р. Поштова квитанція
 (дата)

стор. 2 ф. № 080/о

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

№ 454/471/516

Висновок дійсний до " _____ " р.
 Дата переогляду " _____ " р.

М.П. Головний лікар _____
 (прізвище, ім'я, по батькові)
 (Заступник головного лікаря з медичної частини)
 (прізвище, ім'я, по батькові)

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

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації N 027/o	
ЗАТВЕРДЖЕНО			
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		Наказ МОЗ України [] [] [] [] N [] [] []	
Код за ЄДРПОУ	[] [] [] [] [] []	ВИПИСКА	
із медичної карти амбулаторного (стационарного) хворого			
У (найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____ 2. Дата народження _____ (число, місяць, рік) 3. Місце проживання хворого: область _____, район _____, місто(село) _____, вулиця _____, будинок _____, кв. _____ 4. Місце роботи (посада) 5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі: захворювання _____ (число, місяць, рік) направлення в стационар _____ (число, місяць, рік) Б) у стационарі: надходження _____ (число, місяць, рік) _____ (число, місяць, рік) 6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення): _____ 			

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

8. Лікувальні і трудові рекомендації

" " 20 року	Лікуючий лікар	(прізвище, підпись)
-------------	----------------	---------------------