

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты
әлеуметтік қорғау министрлігіПриказ Заместителя Премьер-
Министра - Министра труда и
социальной защиты населения
Республики Казахстан от 28 июля
2023 года № 318. Зарегистрирован
в Министерстве юстиции
Республики Казахстан 1 августа
2023 года № 33209Министерство труда и социальной защиты
населения Республики Казахстан

Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико- социальной экспертизы

В соответствии с подпунктом 176) пункта 15 Постановления Правительства Республики Казахстан от 18 февраля 2017 года №81 «Некоторые вопросы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан»
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы:

1) журнала учета справок об инвалидности и степени утраты профессиональной трудоспособности согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) журнала регистрации выдачи справки об инвалидности согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) журнала регистрации выдачи справки о степени утраты общей трудоспособности согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) журнала регистрации выдачи справки о степени утраты профессиональной трудоспособности и выписки из справки о степени утраты профессиональной трудоспособности и акта медико-социальной экспертизы согласно приложению 4 к настоящему приказу;



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на
данный документ в ЭКБ НПА РК

5) журналы регистрaции выдачи заключений о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) журналы учета движения актов медико-социальной экспертизы согласно приложению 6 к настоящему приказу;

2. Признать утратившими силу некоторые приказы и структурный элемент приказа Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан согласно приложению 7 к настоящему приказу.

3. Департаменту социальных услуг Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

**Заместитель Премьер-Министра - Министр труда и социальной
защиты населения Республики Казахстан**

**Т.
Дуйсенова**

Приложение 1 к приказу
Заместитель Премьер-Министра -
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года
№ 318

Форма

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрлігі**
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

**Еңбек және әлеуметтік қорғау комитетінің _____ бойынша
департаменті**

Департамент Комитета труда и социальной защиты по _____

**Мүгедектік және кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу
дәрежесі туралы анықтамаларды есепке алу журналы**

**Журнал учета справок об инвалидности и степени утраты
профессиональной трудоспособности отдела _____**

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ басталды

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ аяқталды

начат «__» _____ 20 __ ГОД

окончен «__» _____ 20 __ ГОД

**Мүгедектік туралы анықтамалардың қозғалысын есепке алу
Учет движения справок об инвалидности**

(1 - 50 страница)

№	Саны /Количество		Берілді Выдано	

1	2	3	4	5	6	7	8
	Күні Дата	Мүгедектік туралы анықтаманың сериясы, № Серия, № справки об инвалидности	Алынды Получено	Берілді Выдано	Бөлім Отдел	Алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись получателя	Қалдық (саны) Остаток (количество)

**Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы
анықтамалардың қозғалысын есепке алу**
**Учет движения справок о степени утраты профессиональной
трудоспособности**

(50 - 100 страница)

№	Күні Дата	Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі туралы/ Степень утраты профессиональной трудоспособности	Саны Количество		Берілді Выдано		Қалдық (саны) Остаток (количество)
			Алынды Получено	Берілді Выдано	Бөлім Отдел	Алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись получателя	
1	2	3	4	5	6	7	8

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

Образец	<p>Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаши/прописью)</p> <p>Башының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.</p> <p>_____ (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись</p> <p>«__» _____ 20__ жыл/год М.О./М.П.</p>
---------	--

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 2 к приказу
Заместитель Премьер-Министра -
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года
№ 318

Форма

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрлігі**
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

**Еңбек және әлеуметтік қорғау комитетінің _____ бойынша
департаменті**

Департамент Комитета труда и социальной защиты по _____

_____ бөлімінің
Мүгедектік туралы анықтаманы беруді тіркеу журналы

**Журнал регистрации выдачи справки об инвалидности
отдела _____**

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ басталды

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ аяқталды

начат «__» _____ 20 __ ГОД

окончен «__» _____ 20 __ ГОД

№	Кү- ні Да- та	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отче- ство (при его наличии)	Мүгедектік тобы, себебі Группа, причина инвалид- ности	Мүгедектік мер- зімі Срок инвалидно- сти	Анықта маның сери- ясы, № Серия, № справки	Алушының қолы Подпись получа- теля
1	2	3	4	5	6	7

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов). <i>(жазбаша/прописью)</i> Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы. _____ <i>(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись</i> «__» _____ 20__ жыл/год М.О./М.П.
---------	---

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 3 к приказу
Заместитель Премьер-Министра -
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года
№ 318

Форма

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрлігі**
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

**Еңбек және әлеуметтік қорғау комитетінің _____ бойынша
департаменті**

Департамент Комитета труда и социальной защиты по _____

_____ бөлімінің

**Жалпы еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы
анықтаманы беруді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации выдачи справки о степени
утраты общей трудоспособности
отдела _____**

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ басталды

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ аяқталды

начат «__» _____ 20 __ ГОД

ОКОНЧЕН «__» _____ 20 __ ГОД

№	Кү- ні Да- та	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество (при его на- личии)	Жалпы еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі Степень утраты общей трудо- способности	Жалпы еңбекке қабілеттіліктен айырылу мерзімі/ Срок утраты общей трудоспо- собности	Анықтаманың сериясы, № Серия, № справки	Алушының қолы Подпись получателя

1	2	3	4	5	6	7

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

Образец	<p>Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) <i>(жазбаша/прописью)</i></p> <p>Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.</p> <p>_____ <i>(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись</i> «__» _____ 20__ жыл/год М.О./М.П.</p>
---------	---

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 4 к приказу
Заместитель Премьер-Министра -
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года
№ 318

Форма

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрлігі**
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

**Еңбек және әлеуметтік қорғау комитетінің _____ бойынша
департаменті**

Департамент Комитета труда и социальной защиты по _____

_____ бөлімінің

**Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі туралы
анықтаманы және кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу
дәрежесі туралы анықтамадан және медициналық-әлеуметтік
сараптама актісінен үзінді көшірмені беруді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации выдачи справки о степени утраты профессиональной
трудоспособности и выписки из справки о
степени утраты профессиональной трудоспособности и акта
медико-социальной экспертизы
отдела _____**

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ басталды

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ аяқталды

начат «__» _____ 20 __ год

окончен «__» _____ 20 __ год

№					
---	--	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6	7
	Күні/ Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу дәрежесі Степень утраты профессиональной трудоспособности	Кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу мерзімі Срок утраты профессиональной трудоспособности	Анықтаманың сериясы, № Серия, № справки	Алушының қолы Подпись получателя

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

Образец	<p>Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) <i>(жазбаша/прописью)</i> Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.</p> <p>_____ <i>(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись</i> «__» _____ 20__ жыл/год М.О./М.П.</p>
---------	---

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 5 к приказу
Заместитель Премьер-Министра -
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года
№ 318

Форма

Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Еңбек және әлеуметтік қорғау комитетінің _____ бойынша
департаменті

Департамент Комитета труда и социальной защиты по _____

_____ бөлімінің
зардап шеккен жұмыскердің қосымша көмек түрлеріне және
күтімге мұқтаждығы туралы қорытындыларды беруді тіркеу журналы

Журнал регистрации выдачи заключений о нуждаемости
пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе
отдела _____

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ басталды

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ аяқталды

начат «__» _____ 20 __ ГОД

окончен «__» _____ 20 __ ГОД

№	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Қосымша көмек түрлеріне және күтімге мұқтаж Нуждается в дополнительных видах по- мощи и уходе	Қорытындының сери- ясы, № Серия, № заключения	Алушының қо- лы Подпись полу- чателя
1	2	3	4	5	6

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью заместителя руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы.

Образец	Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) <i>(жазбаиша/прописью)</i> Басшының медициналық-әлеуметтік сараптама мәселелері жөніндегі орынбасары Заместитель руководителя по вопросам медико-социальной экспертизы. _____ <i>(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии),</i> Подпись «__» _____ 20__ жыл/год М.О./М.П.
---------	--

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 6 к приказу
Заместитель Премьер-Министра -
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года
№ 318

Форма

**Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау
министрлігі
Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан**

**Еңбек және әлеуметтік қорғау комитетінің _____ бойынша
департаменті**

Департамент Комитета труда и социальной защиты по _____

_____ бөлімінің
**Медициналық-әлеуметтік сараптама актілерінің қозғалысын
есепке алу журналы**

**Журнал учета движения актов медико-социальной экспертизы
отдела _____**

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ басталды

20 __ ЖЫЛҒЫ «__» _____ аяқталды

начат «__» _____ 20 __ ГОД

окончен «__» _____ 20 __ ГОД

№	Жі- бер- ген күні Дата от- прав- ки	Тегі, аты, әке- сінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество (при его нали- чии)	Ту- ған күні Да- та рож- де- ния	Бө- лім От- дел	Соңғы ку- әландырыл ған күні Дата по- следнего освидетель- ствования	Қорытынды (мүгедектік тобы, себебі, мерзімі, жалпы еңбекке қабі- леттіліктен айырылу дәрежесі мен мерзімі, кәсіптік еңбекке қабілет- тіліктен айырылу дәрежесі, себебі, мерзімі) Заключение (группа, причина, срок инвалидности, степень и срок утраты общей трудоспособности, степень, причина, срок утраты профессиональной трудоспособности)
1	2	3	4	5	6	7

Қандай құжаттың негізінде На основании какого документа	Кімге берілді, қайда жіберілді. Мекенжайы Кому передано, куда направлено. Адрес под- пись отправителя	Жіберушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар бол- са), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись отправителя	Ескерт- пе Приме- чание
8	9	10	11

Журнал до начала заполнения необходимо пронумеровать, прошнуровать и скрепить штампом и подписью руководителя отдела.

Образец	<p>Нөмірленген және тігілген Пронумеровано и прошнуровано _____ бет/листа (ов) (жазбаша/прописью) Бөлім басшысы Руководитель отдела</p> <p>_____</p> <p>(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись «__» _____ 20__ жыл/год М.О./М.П.</p>
---------	---

Все исправления, дополнения, изменения, внесенные в журнал, необходимо оговорить, скрепить подписью руководителя отдела и штампом.

Приложение 7 к приказу
Заместитель Премьер-Министра -
Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан
от 28 июля 2023 года
№ 318

**Перечень утративших силу некоторых приказов и структурного
элемента приказа Министерства труда и
социальной защиты населения
Республики Казахстан**

1. Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 (зарегистрирован Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 12886).
2. Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № 425 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2015 года № 983 «Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 25221).
3. Пункт 2 приказа Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 22 сентября 2022 года № 381 «О внесении изменений в приказы Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы» и от 21 декабря 2015 года № 983 «Об утверждении форм документов, формируемых при проведении медико-социальной экспертизы» (зарегистрирован Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 29787).