

## Інформаційні матеріали

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

Вступник до закладу вищої освіти **пред'являє особисто** документ, що посвідчує особу, документ державного зразка (оригінал) про раніше здобутий освітній (освітньо-кваліфікаційний) рівень, на основі якого здійснюється вступ, і додаток до нього; військовий квиток або (посвідчення про приписку), документ, що посвідчує особу 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 закладом вищої освіти, 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 закладів вищої освіти України, затверджених наказом МОН від 11.10.2018 року № 1096, зареєстрованих в Мін'юсті 21.12.2018 за № 1456/32908 (далі - Умови прийому)		
Категорія	Необхідні документи	Примітка
<i>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</i>		
1 категорія (пункт 26 статті 20).	– 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).	Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 11 липня 2018 року №551 «Деякі питання видачі посвідчень особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та іншим категоріям громадян» можуть подаватися документи нового зразка, що затверджені цією постановою. Посвідчення старого зразка можуть використовуватись до 01 січня 2020 року
2 категорія (пункт 26 статті 20 через пункт 1 статті 21)	– 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).	<i>*Увага!</i> Нові зразки посвідчень можна знайти за посиланням: <a href="https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/551-2018-%D0%BF#n76">https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/551-2018-%D0%BF#n76</a>
Діти з інвалідністю до 18 років – у зв'язку з Чорнобильською катастрофою (пункт 4 частини 3 статті 30).	– Посвідчення жовтого кольору, серія Д та вкладка до 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).	посвідчення учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (категорії 2 та 3), особи, яка потерпіла внаслідок Чорнобильської катастрофи (категорія 2), потерпілого від Чорнобильської катастрофи (категорія 3), потерпілого від Чорнобильської

		катастрофи (серія Г), дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи (серія Д), дружини (чоловіка), опікуна дітей померлого громадянина із числа (ліквідаторів, потерпілих), смерть якого пов'язана з Чорнобильською катастрофою, видані за зразками, затвердженими постановами Кабінету Міністрів України від 25 серпня 1992 р. № 501 "Про порядок видачі посвідчень особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" (ЗП України, 1992 р., № 10, ст. 245), від 20 січня 1997 р. № 51 "Про затвердження Порядку видачі посвідчень особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" (Офіційний вісник України, 1997 р., число 5, с. 71) та від 21 серпня 2001 р. № 1105 "Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51" (Офіційний вісник України, 2001 р., № 34, ст. 1592), є дійсними до заміни їх в установленому порядку.
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"> <li>– 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;</li> <li>– Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).</li> </ul>	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 категорії, 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"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– Свідоцтво про смерть одного (обох) батьків;</li> <li>– Довідка про смерть одного (обох) батьків, де встановлено зв'язок з Чорнобильською катастрофою та посвідчення про категорію батьків (див. зразок у додатку 2);</li> <li>– Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).</li> </ul>	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– Свідоцтво про смерть одного (обох) батьків;</li> </ul>	Довідка повинна бути видана районною або обласною державними

<p>ЧАЕС, віднесених до 3 категорії, смерть яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою (пункт 26 статті 20 через частину 2 статті 22).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Довідка про смерть одного (обох) батьків, де встановлено зв'язок з Чорнобильською катастрофою та посвідчення про категорію батьків (див. зразок у додатку 2);</li> <li>- Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).</li> </ul>	<p>адміністраціями з підписом, скріпленим гербовою печаткою.</p>
<p>Діти віком до 18 років, батьки яких віднесені до I категорії (частина 2 статті 20 через пункт 26 статті 20).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Свідоцтво про народження вступника та посвідчення про категорію батьків;</li> <li>- Вкладка до посвідчення (див. зразок у додатку 2);</li> <li>- Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).</li> </ul>	
<p><b>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</b></p>		
<p>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).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Посвідчення інваліда війни;</li> <li>- Довідка МСЕК (ЛТЕК) з висновком про зв'язок інвалідності з подіями Революції Гідності</li> </ul>	<p>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</p>
<p>Особи, які визнані особами інвалідністю внаслідок війни (пункти 11 -14 частини другої статті 7).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Посвідчення інваліда війни</li> <li>- Довідка МСЕК (висновок ЛТЕК).</li> </ul>	
<p><b>Особи, яким надано це право відповідно до абзацу четвертого пункту 2 розділу VIII Умов прийому</b></p>		
<p>Особи з інвалідністю, які не спроможні відвідувати заклад освіти (за рекомендацією органів охорони здоров'я та соціального захисту населення)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Посвідчення по інвалідності</li> <li>- Довідка МСЕК</li> <li>- рекомендація органів охорони здоров'я та соціального захисту населення</li> </ul>	
<p><b>Категорії осіб, які за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти, беруть участь у конкурсному відборі за результатами вступних</b></p>		

іспитів з певного(их) навчального(их) предмета(ів), з яких не брали участь в основній чи додатковій сесіях ЗНО 2019 року, та/або ЗНО 2017, 2018 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
особи, які в 2019 році не брали участі 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, затвердженому 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	інформація про захворювання або патологічний стан, що може бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, зазначається в одному із нижчезазначених документів:: листку непрацездатності, довідці про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України, 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), формі первинної облікової документації № 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)»	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><b>Категорії осіб, які за умови вступу на основі повної загальної середньої освіти, беруть участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів 2019 року та/або зовнішнього незалежного оцінювання 2017, 2018 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»</b></p>		
<p>особи, яким за рішенням регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти відмовлено в реєстрації для участі в 2019 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 завірений 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). 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) Форму № 086-3/о підписують голова ЛКК (медичної комісії) та члени ЛКК (медичної комісії) закладу охорони здоров'я (ставляться підписи і вказуються прізвища, імена, по батькові). 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. Довідка видається на запит вступника, батьків вступника або осіб, що їх замінюють.</p>
<p><i>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»</i></p>		
<p>Дитина-сирота, в якій померли або загинули батьки.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– 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.</li> </ul>	<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</p>

<p>Діти, позбавлені батьківського піклування у зв'язку з:</p> <p>а) Позбавленням батьків батьківських прав;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– 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.</li> </ul>	<p>року.</p> <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>
<p>б) Відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– 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.</li> </ul>	<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 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>в) Визнанням батьків безвісно відсутніми або недієздатними, оголошенням батьків померлими;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– 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.</li> </ul>	<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 закладу вищої освіти. Навіть якщо документи подаються у день досягнення вказаного віку, особа ще володіє пільгою. Особи, які</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"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– 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.</li> </ul>	<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 закладу вищої освіти. Навіть якщо документи подаються у день досягнення вказаного віку, особа ще володіє пільгою. Особи, які</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"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини.</li> </ul>	<p>подають документи вже на наступний день після досягнення вказаного віку, права на пільгу не мають.</p>
<p>е) Тривалою хворобою батьків, що перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини.</li> </ul>	
<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 антитерористичної операції, та безпритульні діти.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини.</li> </ul>	
<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"> <li>– Свідоцтво про народження вступника;</li> <li>– Копія рішення за поданням служби у справах дітей про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської чи районної у місті ради за місцем походження дитини.</li> </ul>	

<b>Особи, яких визнано постраждалими учасниками Революції Гідності, учасниками бойових дій відповідно до 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))</b>		
особи, визнані постраждалими учасниками Революції Гідності, учасниками бойових дій відповідно до 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;	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Посвідчення учасника бойових дій (відповідно до Додатку № 2 до постанови Кабінету Міністрів України від 12 травня 1994 р. № 302 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2018 р. № 632)).</li> <li>– Посвідчення “Постраждалий учасник Революції Гідності” (Постанова КМУ від 28 лютого 2018 року № 119)</li> </ul>	Посвідчення встановленого зразка
<b>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 зраховуються з предметів, з яких вступник не складав зовнішнє незалежне оцінювання).</b>		
особи, звільнені з військової служби (у тому числі демобілізовані) починаючи з 01 грудня 2018 року включно.	– Військовий квиток (копія)	
Громадяни України, які в рік вступу здобули повну загальну середню освіту за кордоном.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) паспортний документ;</li> <li>2) документ про здобутий рівень освіти з одержаними з навчальних дисциплін оцінками (балами), легалізований відповідно до чинного законодавства країни.</li> </ul>	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).**

<b>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.</b>		
особи, які проживають на тимчасово окупованій території (які не зареєстровані як внутрішньо переміщені особи) або переселилися з неї після 01 січня 2019 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).	Особливості подання документів Заявником: <ul style="list-style-type: none"> <li>- документи подаються особисто в письмовій формі;</li> <li>- 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 дійсна впродовж трьох місяців і повинна бути замінена на документ про повну загальну середню освіту та додаток до нього.</li> </ul>	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.



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)

<i>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.</i>		
<p>громадяни України, місцем проживання яких є територія проведення антитерористичної операції (на період її проведення), територія здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях (на період їх здійснення), територія населених пунктів на лінії зіткнення або які переселилися з неї після 01 січня 2019 року.</p> <p>(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>	<p>- Документи подаються особисто в письмовій формі;</p> <p>– за відсутності документа про освіту державного зразка та додатка до нього Заявник подає довідку уповноваженого загалноосвітнього 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.</p> <p>– за умови участі у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів, сертифікат (сертифікати) зовнішнього незалежного оцінювання не подається.</p>	<p>Довідка уповноваженого загалноосвітнього 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>I. Особи, для яких конкурсний бал збільшується в 1,02 рази (сільський коефіцієнт) відповідно до абзацу чотирнадцятого підпункту 1 пункту 8 розділу VIII Умов прийому на навчання до закладів вищої освіти України.</i>		
<p>СК дорівнює 1,02 для осіб, зареєстрованих у селах та які здобули повну загальну середню освіту у закладах освіти, що знаходяться на території сіл, у рік вступу (1,05 - для спеціальностей (предметних спеціальностей, спеціалізацій), передбачених у Переліку спеціальностей, яким надається особлива підтримка); 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>	

Додаток

Зразки

Бордового  
кольору

Зеленого  
кольору  
серії А

Синього  
кольору  
серії А

Зеленого  
кольору  
серії Б

**ПОСВІДЧЕННЯ**

*Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2001 р. № 1105*

*Дружини (чоловіки), опікун дитей померлого громадянина із числа (ліквідаторів, потерпілих) категорії \_\_\_\_\_ смерть якого пов'язана з Чорнобильською катастрофою (невипробовано закреслено)*

№ **025685** ☼

Прізвище \_\_\_\_\_  
 Ім'я \_\_\_\_\_  
 По батькові \_\_\_\_\_  
 Підпис \_\_\_\_\_  
 Дата видачі «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
 м. п. \_\_\_\_\_

Посвідчення діє на всій території України

(орган, який видав посвідчення)

м. п. \_\_\_\_\_ (підпис керівника)

*Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, передбачені статтями \_\_\_\_\_*

*Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".*

*Термін дії для опікуна до \_\_\_\_\_*

**ПОСВІДЧЕННЯ**

*Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25 серпня 1992 р. № 301*

*учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 19\_\_ р.*

(Категорія 3)

Серія А № **145867** ☼

Прізвище \_\_\_\_\_  
 Ім'я \_\_\_\_\_  
 По батькові \_\_\_\_\_  
 Власний підпис \_\_\_\_\_  
 Дата видачі «\_\_» \_\_\_\_\_ 19\_\_ р.  
 м. п. \_\_\_\_\_

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(установа, яка видає посвідчення)

м. п. \_\_\_\_\_ (підпис керівника установи)

*Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" (у редакції від 19 грудня 1991 р., із змінами і доповненнями від 1 липня 1992 р.) для учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС і членів осіб, які працювали у зоні відчуження протягом 1986 року з 1 липня по 31 грудня від 1 до 5, у 1987 році від 1 до 14, у 1988-1990 роках - не менше 30 календарних днів.*

**ПОСВІДЧЕННЯ**

*Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 26 січня 1997 р. № 51*

*учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 198\_\_ р.*

(Категорія 2)

Серія А № **509145** ☼

Прізвище \_\_\_\_\_  
 Ім'я \_\_\_\_\_  
 По батькові \_\_\_\_\_  
 Підпис \_\_\_\_\_  
 Дата видачі «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
 м. п. \_\_\_\_\_

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(установа, яка видає посвідчення)

(підпис керівника)

м. п. \_\_\_\_\_

*Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".*

**ПОСВІДЧЕННЯ**

*Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51*

*потерпілого від Чорнобильської катастрофи*

(категорія 3)

Серія Б № **424629** С

Прізвище \_\_\_\_\_  
 Ім'я \_\_\_\_\_  
 По батькові \_\_\_\_\_  
 Підпис \_\_\_\_\_  
 Дата видачі «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
 м. п. \_\_\_\_\_

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(орган, який видає посвідчення)

м. п. \_\_\_\_\_ (підпис керівника)

*Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, встановлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".*

Зразки

**ПОСВІДЧЕННЯ**  
особи, яка потерпіла внаслідок  
Чорнобильської катастрофи  
(категорія 2)

*Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51*  
Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, установлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

ФОТО  
3 x 4 см

Серія Б № 300827 с

Прізвище \_\_\_\_\_  
Ім'я \_\_\_\_\_  
По батьковій \_\_\_\_\_  
Підпис \_\_\_\_\_  
Дата видачі « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
М.П. \_\_\_\_\_

**Посвідчення безстрокове і діє на всій території України**

\_\_\_\_\_ (орган, який видав посвідчення)

М.П. \_\_\_\_\_ (підпис керівника)

Сірого кольору серії Б

**ПОСВІДЧЕННЯ**  
особи, яка постраждала внаслідок  
Чорнобильської катастрофи  
(категорія 1)

*Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51*  
Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, установлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

ФОТО  
3 x 4 см

Серія А № 104980 с

Прізвище \_\_\_\_\_  
Ім'я \_\_\_\_\_  
По батьковій \_\_\_\_\_  
Підпис \_\_\_\_\_  
Дата видачі « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
М.П. \_\_\_\_\_

**Посвідчення безстрокове і діє на всій території України**

\_\_\_\_\_ (орган, який видав посвідчення)

М.П. \_\_\_\_\_ (підпис керівника)

Синього кольору Серії А

**ВКЛАДКА № 007162**  
до посвідчення дитини,  
яка вилігла інвалідом, інвалідністю якої пов'язана з Чорнобильською катастрофою

Прізвище \_\_\_\_\_  
Ім'я \_\_\_\_\_ По батьковій \_\_\_\_\_  
Дієсна до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 199\_\_ р.

**ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА**

М.П. \_\_\_\_\_ (орган виконавчої влади, який видав посвідчення)  
(підпис керівника органу виконавчої влади) \_\_\_\_\_ 199\_\_ р.

**ВКЛАДКА № 649543 с**  
до посвідчення громадянина(ки), який(яка), постраждав(ла) внаслідок Чорнобильської катастрофи

Категорія I серія А № \_\_\_\_\_

Прізвище \_\_\_\_\_  
Ім'я \_\_\_\_\_ По батьковій \_\_\_\_\_  
Дієсна до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ р.

**ВКЛАДКА БЕЗ ПОСВІДЧЕННЯ НЕДІЙСНА**

М.П. \_\_\_\_\_ (орган виконавчої влади, який видав посвідчення)  
(підпис керівника органу виконавчої влади) \_\_\_\_\_ 200\_\_ р.

**ПОСВІДЧЕННЯ**  
дитини, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи

*Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 20 січня 1997 р. № 51*  
Пред'явник посвідчення має право на пільги і компенсації, установлені Законом України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Фото  
3x4 см

Серія Д № 409879 \* Н

Прізвище \_\_\_\_\_  
Ім'я \_\_\_\_\_  
По батьковій \_\_\_\_\_  
Підпис батька (матері) \_\_\_\_\_  
М.П. \_\_\_\_\_  
Дата видачі « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 19\_\_ р.  
Серія і номер свідоцтва про народження \_\_\_\_\_

**ПОСВІДЧЕННЯ ДІЄ ДО ПОВНОЛІТТЯ ДИТИНИ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**

\_\_\_\_\_ (орган, який видав посвідчення)

\_\_\_\_\_ (підпис керівника)

М.П. \_\_\_\_\_

Жовтого кольору серії Д

Держадміністрація \_\_\_\_\_

**ДОВІДКА № \_\_\_\_\_**

Видана \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

народження \_\_\_\_\_, який (яка) є  
(рік народження)

неповнолітньою дитиною померлого (померлої) громадянина (громадянки)

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

з числа учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, потерпілих (необхідне підкреслити) категорії \_\_\_\_\_, смерть якого (якої) пов'язана з Чорнобильською катастрофою.

Довідка є підставою для надання пільг і компенсацій, передбачених статтями \_\_\_\_\_ Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи".

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

Заступник голови  
держадміністрації

\_\_\_\_\_ р.  
(підпис, ініціали та прізвище)

МП

Облдержадміністрація \_\_\_\_\_

**ДОВІДКА № \_\_\_\_\_**

Видана громадянину (громадянці) \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

про те, що він (вона) з моменту аварії по \_\_\_\_\_ постійно проживав (проживала) в зоні безумовного (обов'язкового) відселення у \_\_\_\_\_ області.

\_\_\_\_\_  
(найменування населеного пункту)

Довідка є підставою для видачі посвідчення потерпілого від Чорнобильської катастрофи (категорія 2) відповідно до статті 14 Закону України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" і дає право на пільги, передбачені зазначеним Законом.

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

Заступник  
облдержадміністрації \_\_\_\_\_ р.  
(підпис, прізвище та

ГОЛОВИ  
ініціали)

МП

<p><b>ПОСВІДЧЕННЯ</b></p> <p>(ким видано)</p> <p>серія УБД № 111111</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>М.П. _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників бойових дій</p> <p><b>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</b></p> <p>Дата видачі « _____ » _____ 20__ р.</p> <p>М.П. _____</p> <p>(підпис керівника установи, військового комісара)</p>
<p><b>ПОСВІДЧЕННЯ</b></p> <p>(ким видано)</p> <p>серія В-І № 000000</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>М.П. _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення є інвалідом _____ групи і має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – інвалідів війни</p> <p><b>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</b></p> <p>Дата видачі "....." ..... 20..... р.</p> <p>М.П. _____</p> <p>(підпис керівника установи, військового комісара)</p>
<p><b>ПОСВІДЧЕННЯ</b></p> <p>(ким видано)</p> <p>серія Д № 000000</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>М.П. _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни – учасників війни</p> <p><b>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</b></p> <p>Дата видачі « _____ » _____ 20__ р.</p> <p>М.П. _____</p> <p>(підпис керівника установи, військового комісара)</p>

ПОСВІДЧЕННЯ	( яким видано )	Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для сімей загиблих (померлих) ветеранів війни	
	серія Т	№ 0000000	ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ
	Прізвище _____	_____	Дата видачі " ____ " _____ 20 ____ р.
	Ім'я _____	_____	М.П.
	По батькові _____	_____	( підпис керівника установи, військового комісара )
	М.П.	_____	
	Особистий підпис _____	_____	

## Додаток 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

### 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 Єдиному державному демографічному реєстрі\*

zareestrowane za adresoju \_\_\_\_\_  
(адреса житла або адреса (місцезнаходження))

спеціалізованої соціальної установи, закладу соціального обслуговування та соціального захисту

або військової частини, за якою реєструється місце проживання)

з \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. по \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р./по теперішній час  
(необхідне зазначити).

М.П.

\_\_\_\_\_  
(підпис)\_\_\_\_\_  
(посада, прізвище та ініціали)

\* Для осіб, яким оформлено паспорт громадянина України чи паспорт громадянина України для виїзду за кордон засобами Єдиного державного демографічного реєстру.

Додаток 1

до пункту 1.1 Порядку

ПОСВІДЧЕННЯ
особи, яка одержує державну соціальну допомогу,
відповідно до Закону України "Про державну
соціальну допомогу інвалідам з дитинства
та дітям-інвалідам"
( 2109-14 )

звичайний бік

Form with fields for name, date of birth, and other personal data.

Стор. 1

Стор. 2

Form with fields for identification details, including name, date of birth, and address.

Form with fields for identification details, including name, date of birth, and address.

Стор. 3

Стор. 4

Form with fields for identification details, including name, date of birth, and address.

Стор. 5

Стор. 6

Form with fields for identification details, including name, date of birth, and address.

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, недієздатну особу або особу, дієздатність 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

\_\_\_\_\_  
(підпис)



\_\_\_\_\_ 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 влаштовано 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 перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, зазначається в одному із нижчезазначених документів:

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

довідці про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України, форма якої затверджена наказом Міністерства внутрішніх справ України від 23 березня 2016 року № 201, зареєстрованим у Мінюсті 12 квітня 2016 року за № 535/28665, - для поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України;

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

формі первинної облікової документації № 095/о «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», затвердженій наказом МОЗ від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Мінюсті 28 квітня 2012 року за № 661/20974, - для випускників загальноосвітніх навчальних закладів, учнів (слухачів, студентів) професійно-технічних закладів освіти;

формі первинної облікової документації № 080/о «Медичний висновок про дитину-інваліда віком до 18 років», наведеній 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 Мінюсті 10 січня 2002 року за № 11/6299, або Індивідуальній програмі реабілітації дитини-інваліда № (вікова категорія від 0 до 18 років), форма якої затверджена наказом МОЗ від 08 жовтня 2007 року № 623, зареєстрованим у Мінюсті 19 жовтня 2007 року за № 1197/14464, - для дітей з інвалідністю віком до 18 років;

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

формі первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затвердженій 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;

формі первинної облікової документації № 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)», затвердженій наказом МОЗ від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Мінюсті 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",  
зарєєстрованим 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 заповнюється форма  Код за ЄДРПОУ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> Форма первинної облікової документації <b>N 086-3/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> N <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>		
<b>МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК N _____</b> <b>про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</b>			
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 оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання			
/ / / / / / (код мови)	/ / / / / / (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 освітніми 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)		(прізвище, ім'я, по батькові)
	_____	_____	_____
	(підпис)		(прізвище, ім'я, по батькові)
М. (закладу охорони здоров'я або ЛКК)			П.

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;"><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації <b>№ 086-3/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p style="text-align: center;">Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України</p> <p>_____ № _____</p>		
<p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____</p> <p>Код за ЄДРПОУ _____</p>			
<p style="text-align: center;"><b>КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до МЕДИЧНОГО ВИСНОВКУ № _____</b> <b>про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</b></p>			
<p>Дата видачі " ____ " _____ 20__ року</p>			
<p>1. Прізвище, ім'я, по батькові особи _____</p>			
<p>2. Дата народження (число, місяць, рік) _____</p>			
<p>3. Місце проживання особи _____</p>			
<p>4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта)</p> <p>_____</p>			
<p>5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____</p>			
<p>6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</p>			
<p>/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____</p> <p>(код умови)</p>	<p>/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____</p> <p>(код умови)</p>	<p>/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____</p> <p>(код умови)</p>	<p>/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____</p> <p>(код умови)</p>
<p>/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____</p> <p>(код умови)</p>	<p>/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____</p> <p>(код умови)</p>	<p>/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____</p> <p>(код умови)</p>	<p>/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____</p> <p>(код умови)</p>
<p>7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</p> <p>_____</p>			
<p>Голова медичної комісії (ЛКК)</p>	<p>_____</p> <p>(підпис)</p>	<p>_____</p> <p>(прізвище, ім'я, по батькові)</p>	
<p>Члени медичної комісії (ЛКК):</p>	<p>_____</p> <p>(підпис)</p>	<p>_____</p> <p>(прізвище, ім'я, по батькові)</p>	
	<p>_____</p> <p>(підпис)</p>	<p>_____</p> <p>(прізвище, ім'я, по батькові)</p>	
<p>М. _____ П. _____</p> <p>(закладу охорони здоров'я або ЛКК)</p>			
<p><b>Примітка.</b> На основі контрольних талонів здійснюється облік виданих медичних висновків.</p>			



5. Наявність контакту з інфекційним хворим (так, ні) \_\_\_\_\_

(підкреслити, вписати)

6. Звільнений(на) від занять, відвідувань дошкільного навчального закладу

з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

— \_\_\_\_\_

—

з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

— \_\_\_\_\_

—

М.П.

Підпис лікаря \_\_\_\_\_

з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

\_\_\_\_\_

Звільнення продовжено

з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

\_\_\_\_\_

з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

\_\_\_\_\_

Прізвище лікаря, який видав довідку \_\_\_\_\_

М.П.

Підпис лікаря \_\_\_\_\_

**Примітка.** Контрольні талони служать для обліку виданих довідок.

**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>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄДРПОУ <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>	<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p><b>№ 086/о</b></p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p><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>
<p align="center"><b>МЕДИЧНА ДОВІДКА</b> <b>(лікарський консультаційний висновок)</b> заповнюється на абітурієнтів, які вступають у навчальні заклади всіх рівнів акредитації від “___” _____ 20___ року</p>	
<p>1. Видана _____ ( 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="checkbox"/> 5. Дата народження <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 _____
М.П. _____



## Листок непрацездатності

## Лицьовий бік

Заповнюється лікарем і зберігається в закладі охорони здоров'я	<b>ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N.....</b> (відповідне підкреслити)		Серія..... N..... (прізвище лікаря)	<b>КОРИНЕЦЬ</b>								
	(прізвище, ім'я, то батькові непрацездатного) (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)		N медичної карти..... (Підпис одержувача)									
Виданий..... 20..... р. (число, місяць)												
ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	Л І Н І Я   В І Д Р І З У											
	<b>ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N.....</b> (відповідне підкреслити)		Серія..... N.....	<table border="1"> <tr><td colspan="2">Печатка закладу охорони здоров'я</td></tr> <tr><td>Чол.</td><td>Жін.</td></tr> <tr><td colspan="2">відповідно підкреслити</td></tr> <tr><td colspan="2">Шифр МКХ-10.....</td></tr> </table>	Печатка закладу охорони здоров'я		Чол.	Жін.	відповідно підкреслити		Шифр МКХ-10.....	
	Печатка закладу охорони здоров'я											
	Чол.	Жін.										
	відповідно підкреслити											
	Шифр МКХ-10.....											
	(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я)											
	Виданий..... 20..... р. (число, місяць)	Вік..... (повних років)										
	(прізвище, ім'я, то батькові непрацездатного) (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)											
	Діагноз первинний:		Діагноз заключний:									
Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, невиробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік)..... – 10.												
РЕЖИМ:		Відмітки про порушення режиму:										
Перебував у стаціонарі з..... 20..... р. по..... 20..... р.		Підпис лікаря..... Направлений у МСЕК..... 20..... р. Підпис голови ЛКК.....										
Перевести тимчасово на іншу роботу з..... 20..... р. по..... 20..... р. Підпис голови ЛКК..... М. П.		Оглянутий у МСЕК..... 20..... р. Висновок МСЕК.....										
Видачу листка непрацездатності дозволяю: Підпис головного лікаря..... М. П.		Підпис голови МСЕК..... М. П. МСЕК										
<b>З В І Л Ь Н Е Н Н Я   В І Д   Р О Б О Т И</b>												
З якого числа	До якого числа включно	Посада і прізвище лікаря	Підпис та печатка лікаря									
3 (число, місяць, рік)	(словami число і місяць)											
3 (число, місяць, рік)	(словami число і місяць)											
3 (число, місяць, рік)	(словami число і місяць)											
3 (число, місяць, рік)	(словami число і місяць)											
3	СТАТИ ДО РОБОТИ (словami число і місяць)	} посада, прізвище } підпис лікаря	Печатка закладу охорони здоров'я									
3	ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ (словami число і місяць)											
Видано новий листок непрацездатності (продовження) N...												

ПРИМІТКА:

## Зворотний бік

Заповнюється табельником або уповноваженою особою	<p align="center">(назва підприємства, установи, організації)</p> Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. N..... Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібно підкреслити). Не працював з "....."..... 20...р. до "....."..... 20...р. Неробочі дні за період непрацездатності..... <p align="right">(числа)</p> До роботи став з ".....".....20.....р. Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..... Дата.....					
Заповнюється вищим кадрів або уповноваженою особою	Застрахована особа віднесена: до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядають хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи, ветеран війни (потрібно підкреслити). Страховий стаж на день настання непрацездатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібно підкреслити). ..... <p align="center">(посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)</p>					
Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення допомоги	<p align="center"><b>ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА:</b></p> 3 тимчасової непрацездатності в розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів 3 вагітності та пологів у розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів Допомога не надається з причини:..... ..... Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від..... 20..р. N..... ..... <p align="center">(посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)</p>					
Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації	<p align="center"><b>ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ</b></p> Місячний оклад..... грн. Денна тарифна ставка..... грн.					
	Місяці	Кількість робочих днів (годин)	Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата		
			Усього:			
При переведенні під час хвороби на іншу роботу з "....."..... 20..... р. до "....."..... 20..... р. заробітна плата за..... днів становить.....						
<p align="center"><b>НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ</b></p>						
З якого часу і до якого	За скільки днів (годин)	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) допомога в грн. і коп.	Усього нараховано	Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу	
<p align="center">.....          (усього нараховано — сума словами)</p>						
Включено до платіжної відомості за..... місяць 20..... р.						
Печатка Прізвище і підпис керівника.....			Підпис головного (старшого) бухгалтера...			

**ДОВІДКА**  
про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії  
України

Первинна, продовження довідки № \_\_\_\_\_  
(потрібне підкреслити)

\_\_\_\_\_ (найменування закладу охорони здоров'я МВС)

Видана \_\_\_\_\_ 20\_\_ року лікарем \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ вік \_\_\_\_\_  
(спеціальне (військове) звання, прізвище, ім'я, по батькові тимчасово непрацездатного) (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 № \_\_\_\_\_,  
медична карта стаціонарного 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, не виробничі 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**

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

ПРИСТУПИТИ ДО СЛУЖБИ

\_\_\_\_\_ (словами число і місяць)  
МВС

Печатка

\_\_\_\_\_ закладу охорони  
(посада, прізвище лікаря) здоров'я

ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ

Видано довідку про тимчасову

\_\_\_\_\_ (підпис лікаря)

непрацездатність (продовження) № \_\_\_\_\_

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

Дата заповнення \_\_\_\_\_ ЛКК \_\_\_\_\_  
(найменування  
лікувально-профілактичного  
закладу)

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда \_\_\_\_\_  
 2. Дата народження \_\_\_\_\_ 3. Стать \_\_\_\_\_  
 4. Місце проживання \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_  
 5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова 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: уперше, удруге (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 виконання ІПР			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			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про
	обсяг	терміни	місце проведення		
I Послуги					
1. Медична реабілітація					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
санаторно-курортне лікування					
реконструктивна хірургія					
психіатрична допомога					
слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого-педагогічна діагностика					
психолого-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					
-----					
- професійна орієнтація					
-----					
- професійний відбір					
-----					
- професійна освіта					
-----					
- експертиза потенційних професійних здібностей					
-----					
- професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
-----					
- 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 новою професією)					
-----					
- види професій і					

спеціальності, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно- спортивна реабілітація					
навчання заняттям 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					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія					
пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
II Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
2. Спеціальні засоби для					

<p>орієнтування, спілкування та обміну інформацією: - мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони - електронні записні 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 - плеєри для відтворення звукозапису - годинник - тростини тактильні</p>				
<p>-----</p> <p>- 3. Спеціальні засоби для самообслуговування: - допоміжні побутові пристрої</p>				
<p>-----</p> <p>- 4. Спеціальні засоби для догляду: - допоміжні засоби для туалету - допоміжні засоби для підіймання - крісла-стілці із санітарним оснащенням</p>				
<p>-----</p> <p>- 5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю - меблі спеціального призначення - комп'ютерні програми для навчання - спеціальні</p>				



підручники, література шрифтом Брайля					
-----					
- 6. Протезні вироби:					
- ортопедичні вироби					
- ортопедичне взуття					
- спеціальний одяг					
-----					
- 7. Спеціальне фізкультурно- спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:					
- спеціальні крісла-колісні для занять окремими видами спорту					
- шведська стінка, інші спеціальні тренажери					
- спеціальне фізкультурно- спортивне обладнання					
-----					
- III Вироби медичного призначення					
-----					
- - протезування клапанів					
- забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС)					
- ендпротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ					
- сечоприймачі					
- калоприймачі					
- слухові апарати					
- очні протези (тимчасові або індивідуальні)					
- окуляри					
- контактні лінзи					
- лупи					
- гіперокуляри					
- світлофільтри					
- діафрагмальні, мінусові ручні лінзи					
- акустичні окуляри					
- епіпротези, орбітальний					



**Індивідуальна програма реабілітації інваліда N \_\_\_\_  
(вікова категорія від 18 років і старше)**

Дата заповнення \_\_\_\_\_ МСЕК \_\_\_\_\_  
(найменування МСЕК)

1. Прізвище, ім'я, по батькові інваліда \_\_\_\_\_
2. Дата народження \_\_\_\_\_ 3. Стать \_\_\_\_\_
4. Місце проживання \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_
5. Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна с освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити).
6. Професія \_\_\_\_\_
7. Працює (спеціальність, посада) \_\_\_\_\_
8. Група інвалідності \_\_\_\_\_ Причина інвалідності \_\_\_\_\_
9. Загальна тривалість перебування на інвалідності \_\_\_\_\_
10. Програма реабілітації складена: уперше, удруге (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 виконання ІПР			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	Рекомендації МСЕК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	термін проведення	місце проведення		
<b>I Послуги</b>					
<b>1. Медична реабілітація</b>					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
реконструктивна хірургія					
санаторно-курортне лікування					

психіатрична допомога					
слухопротезування					
кохлеарна імплантація					
медичне спостереження					
<b>2. Психолого-педагогічна реабілітація</b>					
консультування					
психолого-педагогічна діагностика					
психолого-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					
<b>3. Фізична реабілітація</b>					
консультування					
ерготерапія					
кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
<b>4. Професійна реабілітація</b>					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна орієнтація					
професійний відбір					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
професійна освіта					
<b>5. Трудова реабілітація</b>					
пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і					

спеціальності, доступні за станом здоров'я					
<b>6. Фізкультурно-спортивна реабілітація</b>					
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					
<b>7. Соціальна та побутова реабілітація</b>					
навчання основним соціальним навичкам					
пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія					
<b>II Технічні та інші засоби реабілітації</b>					
<b>1. Засоби пересування:</b> - крісла-колісні (коляски) різних типів - палиці - милиці - допоміжні засоби для ходіння					
<b>2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією:</b> - мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби - спеціальні магнітофони - електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом - телевізійні збільшувальні прилади - прилад для письма шрифтом за Брайлем - тифломагнітоли					

<ul style="list-style-type: none"> <li>- машини, що читають</li> <li>- папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля</li> <li>- диктофони</li> <li>- плеєри для відтворення звукозапису</li> <li>- годинник</li> <li>- книги, видруковані шрифтом Брайля</li> <li>- тростини тактильні</li> </ul>					
<p><b>3. Спеціальні засоби для самообслуговування:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- допоміжні побутові пристрої</li> </ul>					
<p><b>4. Спеціальні засоби для догляду:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- допоміжні засоби для туалету</li> <li>- допоміжні засоби для підймання</li> <li>- крісла-стілці із санітарним оснащенням</li> </ul>					
<p><b>5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- комп'ютерні програми для навчання</li> <li>- спеціальні підручники, література шрифтом Брайля</li> <li>- меблі спеціального призначення</li> </ul>					
<p><b>6. Протезні вироби:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ортопедичні вироби</li> <li>- ортопедичне взуття</li> <li>- спеціальний одяг</li> </ul>					
<p><b>7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- тренажери</li> <li>- спеціальні крісла-колісні (коляски) для заняття окремими видами спорту</li> <li>- шведська стінка</li> <li>- інші спеціальні тренажери та спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання</li> </ul>					
<p><b>III Вироби медичного</b></p>					

<b>призначення</b>					
- протезування клапанів - забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС) - ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ - сечоприймачі - калоприймачі - слухові апарати - очні протези (тимчасові або індивідуальні) - окуляри - контактні лінзи - лупи - гіперокуляри - світлофільтри - діафрагмальні, 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 життєдіяльності (підкреслити), інше (вписати)\_\_\_\_\_

17. Проведена співбесіда з інвалідом;

Дата \_\_\_\_\_ Підпис фахівця \_\_\_\_\_

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

19. Дата контролю за виконанням ІПР \_\_\_\_\_

20. Підпис інваліда (законного представника)

Підпис Голови МСЕК \_\_\_\_\_

Печатка МСЕК

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності: відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено (підкреслити).

21.2. Побутова активність: повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилась (підкреслити).

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

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

21.5. ІПР виконана: у повному обсязі; частково; не виконана (підкреслити).

21.6. Мета ІПР: досягнута; не досягнута (підкреслити).

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

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 форми за ДКУД	
-----+-----+-----+-----+-----+-----	-----+-----+-----+-----+-----+-----	-----+-----+-----+-----+-----+-----	-----+-----+-----+-----+-----+-----
Код закладу за ЄДРПОУ		Код закладу за ЄДРПОУ	
-----		-----	
Міністерство охорони здоров'я України   Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ   ФОРМА N  0 8 0 / 0   -----   Затверджена наказом МОЗ України   0 4 1 2 2 0 0 1 р. N 4 8 2   -----	Міністерство охорони здоров'я України   Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ   ФОРМА N  0 8 0 / 0   -----   Затверджена наказом МОЗ України   0 4 1 2 2 0 0 1 р. N 4 8 2   -----
-----		-----	
<p style="text-align: center;">КОРИНЕЦЬ</p> <p style="text-align: center;">медичного висновку N _____ про дитину-інваліда віком до 18 років від " _____ " _____ р.</p>		<p style="text-align: center;">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.</p>	
-----		-----	
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____		1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____	
-----		-----	
2. Дата народження                  ----- (число, місяць, рік)		2. Дата народження                  ----- (число, місяць, рік)	
-----		-----	
3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) _____		3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) _____	
-----		-----	
4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____		4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса _____	
-----		-----	
5. Захворювання (патологічний стан) _____		5. Захворювання (патологічний стан) _____	
-----		-----	
відповідає розділу _____, пункту _____, підпункту _____ Переліку медичних показань		відповідає розділу _____, пункту _____, підпункту _____ Переліку медичних показань	
-----		-----	
Дійсний до " _____ " _____ р.		Дійсний до " _____ " _____ р.	

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.  
N 454/471/516

Висновок дійсний до " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

Дата переогляду " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

М.П. Головний лікар \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

(Заступник головного лікаря з медичної частини)  
\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис)

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

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>_____</p>		<p style="text-align: center;"><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації</p> <p style="text-align: center;"><b>N 027/о</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _  N  _ _ _ _ _ </p>
Код за ЄДРПОУ	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>ВИПИСКА</b> <b>із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого</b>		
<p>У _____</p> <p style="text-align: center;">(найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____</p> <p>2. Дата народження  _ _ _ _ _ _ _ _  (число, місяць, рік)</p> <p>3. Місце проживання хворого: область _____, район _____, місто(село) _____, вулиця _____, будинок _____, кв. _____</p> <p>4. Місце роботи (посада) _____</p> <p>_____</p> <p>5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі:</p>		
захворювання _____		_ _ _ _ _ _ _  (число, місяць, рік)

направлення в стаціонар _____	_ _ _ _ _ _ _  (число, місяць, рік)
Б) у стаціонарі: 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, підпис)