**Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения (с изменениями на 28 октября 2009 года)**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
 РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
  
ПРИКАЗ  
  
от 25 декабря 2006 года N 874  
  
Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения

(с изменениями на 28 октября 2009 года)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Документ с изменениями, внесенными:   
[приказом Минздравсоцразвития России от 28 октября 2009 года N 852н](http://docs.cntd.ru/document/902186107) (Российская газета, N 239, 14.12.2009) (вступил в силу с 1 января 2010 года).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с [постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 года N 95 "О порядке и условиях признания лица инвалидом"](http://docs.cntd.ru/document/901969284) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 9, ст.1018) приказываю:

1. Утвердить форму "Направление на медико-социальную экспертизу, выдаваемое органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения" согласно приложению.

2. Пенсионному фонду Российской Федерации организовать изготовление бланков формы "Направление на медико-социальную экспертизу, выдаваемое органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения" и обеспечение указанными бланками соответствующих территориальных органов.

3. Рекомендовать руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих функции в области социальной защиты населения, организовать изготовление бланков формы "Направление на медико-социальную экспертизу, выдаваемое органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения" и обеспечение указанными бланками соответствующих органов.

Министр  
М.Ю.Зурабов

Зарегистрировано  
в Министерстве юстиции  
Российской Федерации  
19 января 2007 года,  
регистрационный N 8823

Приложение. **Направление на медико-социальную экспертизу, выдаваемое органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения**

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
от 25 декабря 2006 года N 874  
(в редакции, введенной в действие  
с 1 января 2010 года   
[приказом Минздравсоцразвития России  
от 28 октября 2009 года N 852н](http://docs.cntd.ru/document/902186107), -  
см. [предыдущую редакцию](http://docs.cntd.ru/document/902189761))

|  |
| --- |
|  |
| **Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации** |
|  |
| (наименование и адрес органа, осуществляющего пенсионное обеспечение, или органа социальной защиты населения) |

|  |
| --- |
|  |
| **НАПРАВЛЕНИЕ на медико-социальную экспертизу, выдаваемое органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| Дата выдачи | | | | " | |  | " | |  | | | | | | | | | 20 | | | | | | |  | | г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 1. Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 2. Дата рождения: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 3. Пол: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 4. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства - адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, места нахождения пенсионного дела гражданина, выехавшего за пределы Российской | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Федерации) (указываемое подчеркнуть): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 5. Документы, удостоверяющие личность гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу, его место жительства или пребывания на территории Российской Федерации: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| наименование документа | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | серия | | | |  | | | | | | N | | |  | | | | |  | |
| кем выдан | |  | | | | | | | | | | | | когда выдан | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 6. Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу (заполняется при наличии законного представителя): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 7. Документы, удостоверяющие личность законного представителя гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу (заполняется при наличии законного представителя): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| наименование документа | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | серия | | | |  | | | | | | N | | |  | | | | |  | |
| кем выдан | |  | | | | | | | | | | | | когда выдан | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 8. Социальная категория (нужное подчеркнуть): инвалид первой, второй, третьей групп; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| "ребенок-инвалид"; получатель пенсии (указать вид пенсии | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | ); | | |  | |
| получатель социальной выплаты, имеющий право на меры социальной поддержки в соответствии с законодательством  Российской  Федерации;  безработный;  другое  (вписать): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 9. Особая социальная категория (нужное подчеркнуть): участник ликвидации последствий катастрофы  на  Чернобыльской  АЭС;  участник  ликвидации последствий аварии на ПО "Маяк"; участник ликвидации последствий радиационных аварий и катастроф на других объектах (кроме Чернобыльской АЭС и ПО "Маяк"); лицо, проживающее на радиационно загрязненной территории;  ветеран подразделения  особого  риска; ветеран  Великой  Отечественной  войны; ветеран боевых действий; участник контртеррористической операции на территории  Чеченской  Республики; бывший  военнослужащий  Российской  (Советской)Армии; другое (вписать): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 10. Документы, подтверждающие отношение к социальной (особой социальной) категории: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| наименование документа | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | серия | | | |  | | | | | | N | | |  | | | | |  | |
| кем выдан | |  | | | | | | | | | | | | когда выдан | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 11. Наименование и адрес места работы: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 12. Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| (указать должность, профессию, специальность, квалификацию, продолжительность работы по указываемой профессии, специальности, должности; если не работает, внести запись "не работает") | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 13. Наименование и адрес образовательного учреждения, образовательного учреждения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| профессионального образования (указываемое подчеркнуть): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 14. Группа, класс, курс (указываемое подчеркнуть): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 15. Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 16. Семейное положение (нужное подчеркнуть): одинокий; семейный; ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения родителей | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 17. Характеристика семьи (нужное подчеркнуть): полная; полная многодетная; неполная; неполная многодетная | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 18. Роль в семье (нужное подчеркнуть): кормилец (указать число иждивенцев: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | ), |  | |
| иждивенец, член семьи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 19. Количество членов семьи: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | , в том числе детей: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | ; из числа | | | | | | | |  | |
| членов семьи количество инвалидов: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | , в том числе детей-инвалидов: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 20. Вид жилья (нужное подчеркнуть): не имеет жилья; комната в коммунальной квартире; отдельная квартира; собственный дом (часть дома); комната в общежитии; жилое | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| помещение в учреждении социального обслуживания; иное (указать) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 21. Наличие в жилье основных видов удобств (нужное подчеркнуть): лифт, мусоропровод, горячая вода, холодная вода, канализация, ванная (душ), центральное паровое отопление, печное отопление, газ, электричество, телефон | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 22. Пункты 11-21 настоящего Направления заполнены (нужное подчеркнуть) со слов гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу; со слов его законного | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| представителя; предъявленных документов (перечислить): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 23. Признаки ограничения жизнедеятельности, вызывающие нуждаемость в мерах социальной защиты (указываемое подчеркнуть): полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 24. Перечень предъявленных медицинских документов (амбулаторная карта, выписки из стационаров, справки медицинских организаций, заключения врачей-специалистов, другие медицинские документы), подтверждающих нарушения функций организма вследствие заболеваний, последствий травм и дефектов: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| а) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| б) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| в) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| г) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 25. Цель направления на медико-социальную экспертизу (нужное подчеркнуть): для установления инвалидности; уточнения формулировки причины инвалидности, сроков инвалидности; разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида; для другого (вписать): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Руководитель органа, осуществляющего пенсионное обеспечение, или | | | |
| органа социальной защиты населения |  |  |  |
| (нужное подчеркнуть) | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  | | | |
| М.П. | | | |