



**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ  
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**П Р И К А З**

«19» 04 2017

Донецк

№ 61



**Об утверждении Порядка организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики**

В соответствии с подпунктом 13 «д» пункта 4.1. раздела IV. Положения о Фонде социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10.01.2015 № 1-11, в целях определения механизма организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания территориальными отделениями Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Порядок организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и

профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (прилагается).

2. Начальникам территориальных отделений Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве Донецкой Народной Республики обеспечить выполнение Порядка организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики.

3. Юридическому отделу центрального аппарата Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (Царегородцев) обеспечить представление настоящего Приказа в Министерство юстиции Донецкой Народной Республики для его государственной регистрации.

4. Сектору информационных технологий центрального аппарата Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (Богатчук) обеспечить опубликование настоящего Приказа на сайте Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики <http://fondnsdnr.ru/>.

5. Юридическому отделу центрального аппарата Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (Царегородцев) направить материалы в Министерство труда и социальной политики Донецкой Народной Республики для публикации на сайте <http://dnr-online.ru>.

6. Контроль исполнения настоящего Приказа оставляю за собой.

7. Настоящий Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Председатель Фонда



В.А. Арнов

УТВЕРЖДЕН

Приказом Фонда социального  
страхования от несчастных случаев  
на производстве и  
профессиональных заболеваний  
Донецкой Народной Республики  
от 19.04 2017 г. № 61



**Порядок  
организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших  
в результате несчастного случая на производстве и профессионального  
заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев  
на производстве и профессиональных заболеваний  
Донецкой Народной Республики**

**I. Общие положения**

1.1. Настоящий Порядок организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (далее – Порядок) определяет механизм организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания территориальными отделениями Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики.

1.2. В настоящем Порядке термины употребляются в таком значении:

абсорбирующее белье - простыни, пеленки, вкладыши урологические, прокладки урологические для мужчин, прокладки урологические для женщин. Некоторые виды абсорбирующего белья (пеленки, простыни) используются при уходе за инвалидами периодически;

абсорбирующие изделия - абсорбирующее белье, подгузники (памперсы), которые применяются как средство реабилитации и ухода для пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (обездвиженных, малоподвижных пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также с частичной потерей активности) с различными формами недержания мочи и кала, применяемые с целью профилактики повреждений кожных покровов (пролежней), обеспечения физического и психологического комфорта;

подгузники (памперсы) - специальные изделия, которые используются, как правило, для ухода за инвалидами при средних, тяжелых и очень тяжелых степенях недержания мочи и кала.

## **II. Обеспечение пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания абсорбирующими изделиями**

2.1. Учет пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (далее – пострадавшие), имеющих право на обеспечение абсорбирующими изделиями, ведут территориальные отделения Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (далее – территориальные отделения Фонда) по месту регистрации личных дел о страховых выплатах пострадавшим.

2.2. Нуждаемость пострадавших в обеспечении абсорбирующими изделиями определяют медико-социальные экспертные комиссии (далее – МСЭК) непосредственно по прямым последствиям страхового случая (травмы на производстве или профессионального заболевания).

2.3. Возмещение расходов на абсорбирующие изделия пострадавшим осуществляется территориальным отделением Фонда в соответствии с действующим законодательством путем перечисления денежных средств фармацевтическим организациям согласно заключенным договорам.

2.4. Основанием для обеспечения пострадавших абсорбирующими изделиями являются:

выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в предоставлении медицинской и социальной помощи;

индивидуальная программа реабилитации инвалида (далее – ИПР инвалида), разработанная МСЭК;

заключение врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения Донецкой Народной Республики (далее – заключение ВКК) о необходимости обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавшего на производстве, (в т.ч. пострадавшего, временно нуждающегося в обеспечении абсорбирующими изделиями), с перечнем необходимых изделий, на определенный срок.

2.5. Для постановки на учет пострадавший, которому по решению МСЭК определена нуждаемость в обеспечении абсорбирующими изделиями, подает территориальному отделению Фонда заявление о постановке на учет для обеспечения абсорбирующими изделиями (Приложение 1), заполненное пострадавшим или его законным представителем. Заявление о постановке на учет для обеспечения абсорбирующими изделиями может быть подано пострадавшим (законным представителем) лично или по почте.

Законный представитель пострадавшего, нуждающегося в постоянном постороннем уходе и обеспечении абсорбирующими изделиями, подает документы, подтверждающие его личность, и нотариально заверенную доверенность от пострадавшего.

Законный представитель пострадавшего, временно нуждающегося в обеспечении абсорбирующими изделиями и постоянном постороннем уходе (острый период травмы на производстве), подает документы, подтверждающие его личность, и заверенную учреждением здравоохранения доверенность пострадавшего.

2.6. Постановка пострадавшего на учет осуществляется территориальным отделением Фонда при наличии оригиналов и копий следующих документов:

заявление о постановке на учет для обеспечения абсорбирующими изделиями;

паспорт;

согласие на обработку персональных данных;

выписка из акта освидетельствования медико-социальной экспертной комиссией о результатах определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах, нуждаемости в предоставлении медицинской и социальной помощи;

ИПР инвалида;

заключение ВКК (Приложение 2), в котором указывается тип, размер и впитываемость абсорбирующих изделий, подобранных с учетом тяжести

состояния пострадавшего, степени недержания мочи, массы тела и телосложения пострадавшего, степени его активности в соответствии с Приложением 3. Заключение ВКК может быть выдано однократно на срок не более 6 месяцев;

выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного. Выписка обновляется не реже одного раза в год.

В случае обращения законного представителя пострадавшего он обязан иметь при себе вместе с указанными в п. 2.6. настоящего Порядка документами документ, который подтверждает его личность и нотариально удостоверенную доверенность от пострадавшего.

2.7. Территориальным отделением Фонда проверяется комплектность документов, предоставленных пострадавшим (его законным представителем), изучается поданная в них информация.

Пострадавший (его законный представитель), органы, к компетенции которых относится оформление документов, указанных в п.2.6. настоящего Порядка, несут установленную законодательством ответственность за достоверность предоставленных сведений.

Работники территориальных отделений Фонда несут установленную законодательством ответственность за разглашение персональных данных пострадавшего.

2.8. Территориальное отделение Фонда на основании предоставленных пострадавшим (его законным представителем) документов и сведений, содержащихся в заявлении о постановке на учет для обеспечения абсорбирующими изделиями, в срок не позднее двух рабочих дней со дня подачи заявления, принимает решение об обеспечении или об отказе в обеспечении пострадавшего абсорбирующими изделиями.

2.9. Решение об обеспечении или об отказе в обеспечении пострадавшего абсорбирующими изделиями вносится сотрудником территориального отделения Фонда в заявление о постановке на учет для обеспечения абсорбирующими изделиями.

2.10. Территориальное отделение Фонда письменно извещает пострадавшего (законного представителя) о принятом решении об обеспечении пострадавшего абсорбирующими изделиями или решении об отказе в обеспечении пострадавшего абсорбирующими изделиями, с аргументированием причины отказа, в срок не позднее трех рабочих дней со дня принятия решения.

2.11. Заявление о постановке на учет для обеспечения абсорбирующими изделиями и решение об обеспечении пострадавшего абсорбирующими

изделиями регистрируется сотрудником территориального отделения Фонда в Журнале учета пострадавших, которые обеспечиваются абсорбирующими изделиями (Приложение 4).

Решение об отказе в обеспечении пострадавшего абсорбирующими изделиями регистрируется сотрудником территориального отделения Фонда в Журнале учета пострадавших, которые обеспечиваются абсорбирующими изделиями (Приложение 4).

Журнал учета пострадавших, которые обеспечиваются абсорбирующими изделиями, должен быть пронумерован, прошит и скреплен печатью территориального отделения Фонда.

2.12. Территориальное отделение Фонда может отказать пострадавшему в обеспечении абсорбирующими изделиями, если:

а) работодателем, органами, которые принимают участие в установлении страхового случая, или пострадавшим предоставлены заведомо неправдивые сведения;

б) решением МСЭК при очередном (досрочном) освидетельствовании не определена нуждаемость пострадавшего в обеспечении абсорбирующими изделиями;

в) пострадавший не прошел переосвидетельствование в установленный МСЭК срок.

2.13. Территориальное отделение Фонда заключает договор с фармацевтической организацией на обеспечение пострадавшего абсорбирующими изделиями.

Территориальное отделение Фонда на основании решения об обеспечении пострадавшего абсорбирующими изделиями выдает пострадавшему (законному представителю) Заявку на обеспечение пострадавшего абсорбирующими изделиями в фармацевтическую организацию (Приложение 5) на основании заключенного договора.

Копия Заявки на обеспечение пострадавшего абсорбирующими изделиями в фармацевтическую организацию может быть выдана территориальным отделением Фонда пострадавшему (его законному представителю) или по запросу учреждения здравоохранения в случае госпитализации пострадавшего в стационар.

2.14. Территориальное отделение Фонда после получения документов от пострадавшего (законного представителя) документов, предусмотренных условиями договора с фармацевтической организацией, при наличии финансирования, оформляет Постановление о назначении медицинской и социальной помощи пострадавшему (Приложение 6).

2.15. Территориальное отделение Фонда может приостановить обеспечение пострадавшего абсорбирующими изделиями в случае:

а) если пострадавший не прошел переосвидетельствование в установленный МСЭК срок;

б) если пострадавший не предоставил обновленную ИПР инвалида и заключение ВКК о необходимости обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавшего на производстве в установленные сроки;

в) отказа инвалида (или лица, представляющего его интересы) от выполнения ИПР инвалида в целом или от реализации отдельных ее частей (в т.ч. отказ от лечения в учреждениях здравоохранения, несоблюдение правил пребывания пациентов в учреждениях здравоохранения);

г) регистрации пострадавшего, как временного переселенца, на территории Украины.

2.16. Территориальное отделение Фонда может прекратить обеспечение пострадавшего абсорбирующими изделиями в случае:

а) потери статуса пострадавшего на производстве;

б) если решением МСЭК при очередном (досрочном) освидетельствовании не определена нуждаемость пострадавшего в обеспечении абсорбирующими изделиями;

в) предоставления территориальному отделению Фонда работодателем, органами, которые принимают участие в установлении страхового случая, или пострадавшим заведомо неправдивых сведений;

г) наступления смерти пострадавшего;

д) выезда на постоянное место жительства за пределы Донецкой Народной Республики;

е) передачи личного дела о страховых выплатах пострадавшему в другое территориальное отделение Фонда Донецкой Народной Республики.

Решение о приостановлении обеспечения пострадавшего абсорбирующими изделиями оформляется территориальным отделением Фонда Постановлением о приостановлении медицинской и социальной помощи пострадавшему (Приложение 7) и решение о прекращении обеспечения пострадавшего абсорбирующими изделиями оформляется Постановлением о прекращении медицинской и социальной помощи пострадавшему



(Приложение 8).

Территориальное отделение Фонда вносит данную информацию в Журнал учета пострадавших, которые обеспечиваются абсорбирующими изделиями.

2.17. Территориальное отделение Фонда производит перечисление денежных средств на счет фармацевтической организации на основании заключенного договора, при наличии финансирования.

2.18. Текущий контроль соблюдения и исполнения должностными лицами территориального отделения Фонда, ответственными за организацию обеспечения пострадавших абсорбирующими изделиями, а также принятия ими решений по исполнению настоящего Порядка осуществляется руководителем территориального отделения Фонда.

2.19. Контроль обеспечения пострадавших абсорбирующими изделиями территориальными отделениями Фонда осуществляет центральный аппарат Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики.

2.20. В случае невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения обязанностей, предусмотренных настоящим Порядком, должностные лица Фонда, ответственные за организацию обеспечения пострадавших абсорбирующими изделиями, принятие решений и контроль исполнения настоящего Порядка, несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Донецкой Народной Республики.

Начальник отдела медицинского  
обслуживания центрального  
аппарата Фонда социального  
страхования от несчастных случаев  
на производстве и профессиональных  
заболеваний  
Донецкой Народной Республики



Л.В. Косенко

## Приложение 1

к Порядку организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (пункт 2.5., 2.6., 2.8., 2.9., 2.11.)

Начальнику отделения Фонда  
социального страхования от несчастных  
случаев на производстве и  
профзаболеваний ДНР  
в \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
пострадавшего \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
(ФИО)  
Адрес проживания (регистрации) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
телефон \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ № о постановке на учет для обеспечения абсорбирующими изделиями**

Прошу обеспечить меня абсорбирующими изделиями в связи с профзаболеванием от \_\_\_\_\_ (производственной травмой от \_\_\_\_\_).

Решение МСЭК № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, индивидуальная программа реабилитации инвалида № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, заключение ВКК о необходимости обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавшего на производстве № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, на определенный срок \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_   
дата

\_\_\_\_\_   
подпись

Решение:

- обеспечить \_\_\_\_\_ абсорбирующими изделиями в связи  
с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
дата

\_\_\_\_\_   
подпись начальника территориального отделения Фонда

- отказать \_\_\_\_\_ в обеспечении абсорбирующими изделиями в связи  
с \_\_\_\_\_

По причине: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
дата

\_\_\_\_\_   
подпись начальника территориального отделения Фонда

## Приложение 2

к Порядку организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (пункт 2.4., 2.6., 2.15.)

м.ш.

### Заключение ВКК о необходимости обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавшего на производстве

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ф.И.О. пострадавшего

\_\_\_\_\_

Диагноз (при согласии пострадавшего):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(указывается только диагноз последствий трудового увечья или профзаболевания)

№ п/п	Наименование абсорбирующих изделий, размер абсорбирующих изделий, впитываемость абсорбирующих изделий	Количество изделий в сутки	Количество изделий в месяц
1			
2			
3			
4			

Заключение ВКК выдано на срок \_\_\_\_\_ мес.

#### Члены ВКК:

Председатель ВКК \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Зав. отделением \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Лечащий врач \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П.

Примечание: заключение ВКК может быть выдано одноразово на срок не более 6 месяцев.

### Приложение 3

к Порядку организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (пункт 2.6.)

#### Наименование типов абсорбирующих изделий

Номер по порядку	Тип абсорбирующих изделий	Размер абсорбирующих изделий	Впитываемость абсорбирующих изделий	Норматив обеспечения инвалидов абсорбирующими изделиями
1	Подгузники (памперсы) для взрослых	S-XL	от 800 мл до 3300 мл	не более 3 шт. в день (при синдроме полиурии - не более 5 шт. в день)
2	Впитывающая пеленка	60 см X 90 см	от 800 мл до 1200 мл	3 шт. в день при применении подгузников (памперсов) для лежачих пострадавших
3	Абсорбирующая простыня	60 см X 90 см	от 800 мл до 1900 мл	2 шт. в день при применении подгузников (памперсов) вместо пеленок – при постоянном использовании для лежачих пострадавших
4	Абсорбирующая простыня	60 см X 90 см	от 800 мл до 1900 мл	3 шт. в день без применения подгузников (памперсов) при постоянном использовании для лежачих пострадавших
5	Впитывающая пеленка	60 см X 60 см	от 800 мл до 1200 мл	2 шт. в день без применения подгузников (памперсов) при постоянном использовании для лежачих пострадавших

Приложение 4  
к Порядку организации обеспечения  
абсорбирующими изделиями  
пострадавших в результате несчастного  
случая на производстве и  
профессионального заболевания  
Фондом социального страхования от  
несчастных случаев на производстве и  
профессиональных заболеваний  
Донецкой Народной Республики  
(пункт 2.11., 2.16.)

**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ  
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

(наименование и местонахождение территориального отделения Фонда)

**ЖУРНАЛ**

учета пострадавших, которые обеспечиваются абсорбирующими изделиями

№ п/п	Дата принятия заявления о постановке на учет для обеспечения абсорбирующими изделиями	ФИО, дата рождения пострадавшего	Регистрационный номер дела о страховых выплатах	Место жительства (регистрации)	Заключение МСЭК (№ и дата); заключение ВКК о необходимости обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавшего на производстве (№ и дата)	Индивидуальная программа реабилитации инвалида (№ и дата утверждения МСЭК, срок)	Группа инвалидности, срок	Степень утраты профессиональной трудоспособности в %, срок	На какой срок выдано заключение ВКК	Дата принятия Решения	Номер и дата Постановления о назначении медицинской и социальной помощи пострадавшему	Сумма расходов
-------	---	----------------------------------	---	--------------------------------	--	--	---------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---	----------------

Приложение 5

к Порядку организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (пункт 2.13.)

**ЗАЯВКА № \_\_\_\_\_**  
на обеспечение пострадавшего абсорбирующими изделиями

Отделение Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний ДНР в \_\_\_\_\_  
в фармацевтическую организацию \_\_\_\_\_  
ФИО пострадавшего \_\_\_\_\_, гр. инвалидности \_\_\_\_\_,  
заключение МСЭК № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, заключение ВКК № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_,  
Адрес проживания (регистрации)  
пострадавшего: \_\_\_\_\_

№ п/п	Тип, размер, впитываемость абсорбирующих изделий	Количество (шт.)	Отпускная цена (за шт.)	Отпущено (в шт.)	Общая сумма
1					
2					
3					
4					

Начальник отделения Фонда

М.П. \_\_\_\_\_

Дата заявки \_\_\_\_\_

Заявку оформил \_\_\_\_\_  
(ФИО специалиста, подпись)

Отпустил \_\_\_\_\_  
(ФИО провизора, подпись)

Дата \_\_\_\_\_

На общую сумму \_\_\_\_\_  
(ФИО провизора, подпись)

М.П.

Получил \_\_\_\_\_  
(ФИО пострадавшего, подпись)

Дата \_\_\_\_\_

Приложение 6

к порядку организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (пункт 2.14.)

**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ  
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

(наименование территориального отделения Фонда, юридический адрес, телефон)

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

**О назначении медицинской и социальной помощи пострадавшему**

Пострадавший (ФИО) \_\_\_\_\_ состоит на учете с \_\_\_\_\_ (дата, месяц, год), имеет зарегистрированный страховой случай - трудовое увечье \_\_\_\_\_ акт по форме Н-1 (профзаболевание \_\_\_\_\_ акт по форме П-4).

Согласно заключению МСЭК от \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ пострадавшему установлена стойкая утрата профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_% и \_\_\_\_\_ группа инвалидности на срок \_\_\_\_\_.

По заключению МСЭК № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, по индивидуальной программе реабилитации инвалида № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, заключению врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения Донецкой Народной Республики о необходимости обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавшего на производстве (в т.ч. пострадавшего, временно нуждающегося в обеспечении абсорбирующими изделиями) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на срок \_\_\_\_\_, пострадавший нуждается в обеспечении абсорбирующими изделиями.

В соответствии с действующим законодательством Донецкой Народной Республики

**ПОСТАНОВЛЯЮ:**

1. Назначить пострадавшему \_\_\_\_\_ номер дела \_\_\_\_\_, номер случая \_\_\_\_\_ медицинскую и социальную помощь, а именно: выплаты на абсорбирующие изделия (вид выплаты \_\_\_\_\_, КЭКР \_\_\_\_\_) в размере \_\_\_\_\_ руб.

2. Перечисление денежных средств производить на счет фармацевтической организации: \_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_ (ФИО)

Начальник отделения Фонда \_\_\_\_\_ (ФИО)

М.П.

Приложение 7

к Порядку организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (пункт 2.16.)

**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ  
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

(наименование территориального отделения Фонда, юридический адрес, телефон)

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_  
**о приостановлении медицинской и социальной помощи пострадавшему**

Пострадавший (ФИО) \_\_\_\_\_ состоит на учете с \_\_\_\_\_ (дата, месяц, год), имеет зарегистрированный страховой случай - трудовое увечье \_\_\_\_\_ акт по форме Н-1 (профзаболевание \_\_\_\_\_ акт по форме П-4).

Согласно заключению МСЭК от \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ пострадавшему установлена стойкая утрата профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_% и \_\_\_\_\_ группа инвалидности на срок \_\_\_\_\_.

По заключению МСЭК № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, индивидуальной программе реабилитации инвалида № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, заключению врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения Донецкой Народной Республики (далее - ВКК) о необходимости обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавшего на производстве (в т.ч. пострадавшего, временно нуждающегося в обеспечении абсорбирующими изделиями) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на срок \_\_\_\_\_, пострадавший нуждается в обеспечении абсорбирующими изделиями. В соответствии с действующим законодательством Донецкой Народной Республики

**ПОСТАНОВЛЯЮ:**

1. Приостановить пострадавшему \_\_\_\_\_ номер дела \_\_\_\_\_, номер случая \_\_\_\_\_ медицинскую и социальную помощь, а именно: выплаты на абсорбирующие изделия (вид выплаты \_\_\_\_\_, КЭКР \_\_\_\_\_) в размере \_\_\_\_\_ руб.

2. Причины приостановления обеспечения пострадавшего абсорбирующими изделиями:

- а) не пройдено переосвидетельствование в установленный МСЭК срок;
- б) не предоставлена обновленная ИПР и заключение ВКК в установленные сроки;
- в) отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от выполнения индивидуальной программы реабилитации инвалида в целом или от реализации отдельных ее частей (в т.ч. отказ от лечения в учреждениях здравоохранения, несоблюдение правил пребывания пациентов в учреждениях здравоохранения);
- г) регистрация пострадавшего, как временного переселенца, на территории Украины.

3. Считать утратившим силу Постановление о назначении медицинской и социальной помощи пострадавшему № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Исполнитель \_\_\_\_\_ (ФИО)  
Начальник отделения Фонда \_\_\_\_\_ (ФИО)  
М.П.



Приложение 8

к Порядку организации обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики (пункт 2.16.)

**ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ  
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

(наименование территориального отделения Фонда, юридический адрес, телефон)

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

**о прекращении медицинской и социальной помощи пострадавшему**

Пострадавший (ФИО) \_\_\_\_\_ состоит на учете с \_\_\_\_\_ (дата, месяц, год), имеет зарегистрированный страховой случай - трудовое увечье \_\_\_\_\_ акт по форме Н-1 (профзаболевание \_\_\_\_\_ акт по форме П-4).

Согласно заключению МСЭК от \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ пострадавшему установлена стойкая утрата профессиональной трудоспособности \_\_\_\_\_% и \_\_\_\_\_ группа инвалидности на срок \_\_\_\_\_.

По заключению МСЭК № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, индивидуальной программе реабилитации инвалида № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, заключению врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения Донецкой Народной Республики о необходимости обеспечения абсорбирующими изделиями пострадавшего на производстве (в т.ч. пострадавшего, временно нуждающегося в обеспечении абсорбирующими изделиями) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на срок \_\_\_\_\_, пострадавший нуждается в обеспечении абсорбирующими изделиями.

В соответствии с действующим законодательством Донецкой Народной Республики

**ПОСТАНОВЛЯЮ:**

1. Прекратить пострадавшему \_\_\_\_\_ номер дела \_\_\_\_\_, номер случая \_\_\_\_\_ медицинскую и социальную помощь, а именно: выплаты на абсорбирующие изделия (вид выплаты \_\_\_\_\_, КЭКР \_\_\_\_\_) в размере \_\_\_\_\_ руб.

2. Причины прекращения обеспечения пострадавшего абсорбирующими изделиями:

- а) потеря статуса пострадавшего на производстве \_\_\_\_\_;
- б) решением МСЭК при очередном (досрочном) освидетельствовании не определена нуждаемость пострадавшего в обеспечении абсорбирующими изделиями \_\_\_\_\_;
- в) работодателем, органами, которые принимают участие в установлении страхового случая, или пострадавшим предоставлены заведомо неправдивые сведения \_\_\_\_\_;
- г) наступление смерти пострадавшего \_\_\_\_\_;
- д) выезд на постоянное место жительства за пределы Донецкой Народной Республики \_\_\_\_\_;
- е) передача личного дела о страховых выплатах пострадавшего в другое территориальное отделение Фонда Донецкой Народной Республики \_\_\_\_\_.

Исполнитель \_\_\_\_\_ (ФИО)

Начальник отделения Фонда \_\_\_\_\_ (ФИО)

печать

3. Считать утратившим силу Постановление о назначении медицинской и социальной помощи пострадавшему № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Исполнитель \_\_\_\_\_ (ФИО)

Начальник отделения Фонда \_\_\_\_\_ (ФИО)

М.П.