

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму
министрінің
2015 жылғы 28 сәуірдегі
№ 279 бұйрығына
22-қосымша

**«Медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) арнаулы
әлеуметтік қызмет көрсетуге құжаттар ресімдеу»
мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарты**

1. Жалпы ережелер

1. «Медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) арнаулы әлеуметтік қызмет көрсетуге құжаттар ресімдеу» мемлекеттік көрсетілетін қызметі (бұдан әрі – мемлекеттік көрсетілетін қызмет).

2. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартын Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі (бұдан әрі – Министрлік) әзірледі.

3. Мемлекеттік қызметті Астана және Алматы қалаларының, аудандардың және облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары (бұдан әрі – көрсетілетін қызметті беруші) көрсетеді.

Өтінішті қабылдау және мемлекеттік қызмет көрсету нәтижесін беру көрсетілетін қызметті беруші арқылы жүзеге асырылады.

2. Мемлекеттік қызметті көрсету тәртібі

4. Мемлекеттік қызметті көрсету мерзімі:

1) құжаттардың топтамасын тіркеген сәттен бастап – 17 (он жеті) жұмыс күні;

2) құжаттардың топтамасын тапсыру үшін күтудің рұқсат етілген ең ұзақ уақыты – 30 минут;

3) көрсетілетін қызметті алушыға қызмет көрсетудің рұқсат етілген ең ұзақ уақыты – 30 минут.

5. Мемлекеттік қызметті көрсету нысаны – қағаз түрінде.

6. Мемлекеттік қызмет көрсету нәтижесі: медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) арнаулы әлеуметтік қызмет көрсету мерзімін көрсете отырып, құжаттарды ресімдеу туралы хабарлама немесе осы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының 10-тармағында көзделген жағдайларда және негіздемелер бойынша мемлекеттік қызмет көрсетуден бас тарту туралы дәлелді жауап.

Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесін ұсыну нысаны: қағаз түрінде.

7. Мемлекеттік қызмет жеке тұлғаларға (бұдан әрі – көрсетілетін қызметті алушы) тегін көрсетіледі.

8. Көрсетілетін қызметті берушінің жұмыс кестесі – Министрліктің www.mzsr.gov.kz интернет-ресурсында, «Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер» бөлімінде орналастырылған.

Өтінішті қабылдау және мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесін беру: сағат 13.00-ден 14.30-ға дейін түскі үзіліспен сағат 9.00-ден 17.30-ға дейін.

Мемлекеттік қызмет алдын ала жазылусыз және жеделдетіп қызмет көрсетусіз кезек тәртібінде көрсетіледі.

Ескерту. 8-тармаққа өзгеріс енгізілді - Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 25 қарашадағы № 893 бұйрығымен

9. Көрсетілетін қызметті алушы (немесе оның заңды өкілі немесе медициналық ұйым қолдауат берген кезде) мемлекеттік қызметті көрсету үшін жүгінген кезде осы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына 1 немесе 2-қосымшаға сәйкес нысан бойынша өтінішті және мынадай құжаттарды ұсынады:

көрсетілетін қызметті берушіге:

1) баланың туу туралы куәлігінің немесе жеке куәлігінің көшірмесі;
2) «Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 30 қаңтардағы № 44 (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 10589 болып тіркелген) бұйрығымен бекітілген нысан бойынша мүгедектігі туралы анықтаманың көшірмесі (қарттар үшін талап етілмейді);

3) осы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына 3-қосымшаға сәйкес нысан бойынша медициналық карта;

4) мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасынан үзінді көшірмесі (қарттар үшін талап етілмейді);

5) он сегіз жастан асқан адамдар үшін – соттың адамды әрекетке қабілетсіз деп тану туралы шешімінің көшірмесі (болған кезде);

6) зейнеткерлік жастағы адамдар үшін – зейнеткерлік куәлігінің көшірмесі;

7) Ұлы Отан соғысының қатысушылары мен мүгедектері және оларға теңестірілген адамдар үшін – Ұлы Отан соғысының қатысушысы мен мүгедегі және оларға теңестірілген адам мәртебесін растайтын куәлігінің көшірмелері.

Салыстырып тексеру үшін құжаттардың түпнұсқалары және көшірмелері ұсынылады, содан кейін құжаттардың түпнұсқалары көрсетілетін қызметті алушыға қайтарылады.

Көрсетілетін қызметті алушы қажетті барлық құжаттарды тапсырған кезде көрсетілетін қызметті беруші тіркелген және мемлекеттік қызметті алатын күні, құжаттарды қабылдаған адамның тегі мен аты-жөні көрсетілген талон береді.

10. Мемлекеттік қызмет көрсетуден бас тарту үшін негіздеме: ұсынылған мәліметтер мен құжаттардың дәйексіз болуы.

3. Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша көрсетілетін қызметті берушілердің және (немесе) оның лауазымды адамдарының шешімдеріне, әрекеттеріне (әрекетсіздігіне) шағымдану тәртібі

11. Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша көрсетілетін қызметті берушінің және (немесе) оның лауазымды адамдарының шешімдеріне, әрекеттеріне (әрекетсіздігіне) шағымдану: шағым осы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының 14-тармағында көрсетілген мекенжайлар бойынша көрсетілетін қызметті беруші басшысының не Астана және Алматы қалалары, аудандар және облыстық маңызы бар қалалар әкімдерінің (бұдан әрі – әкім) атына беріледі.

Шағымдар жазбаша нысанда почта арқылы не көрсетілетін қызметті берушінің немесе Астана және Алматы қалалары, аудандар және облыстық маңызы бар қалалар әкімдіктерінің (бұдан әрі – әкімдік) кеңсесі арқылы қолма-қол қабылданады.

Көрсетілетін қызметті берушінің немесе әкімдіктің кеңсесінде шағымды қабылдаған адамның тегі мен аты-жөнін, берілген шағымға жауап алу мерзімі мен орнын көрсете отырып шағымды тіркеу (мөртаңба, кіріс нөмірі және күні), оның қабылданғанын растау болып табылады.

Көрсетілетін қызметті берушінің, әкімнің мекенжайына келіп түскен көрсетілетін қызметті алушының шағымы тіркелген күнінен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде қарауға жатады.

Көрсетілген мемлекеттік қызмет нәтижелерімен келіспеген жағдайда, көрсетілетін қызметті алушы мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органға шағыммен жүгінеді.

Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органның мекенжайына келіп түскен қызмет алушының шағымы тіркелген күнінен бастап 15 (он бес) жұмыс күні ішінде қарауға жатады.

12. Көрсетілген мемлекеттік қызмет нәтижелерімен келіспеген жағдайларда, көрсетілетін қызметті алушы Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен сотқа жүгінеді.

4. Мемлекеттік қызметтер көрсету ерекшеліктерін ескере отырып қойылатын өзге де талаптар

13. Арнаулы әлеуметтік қызметтерді алушылар болып табылатын бірінші және екінші топтағы мүгедектерге және егде жасына байланысты өзіне-өзі қызмет көрсетуге қабілетсіз адамдарға медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) арнаулы әлеуметтік қызмет көрсетуге құжаттар ресімдеу көрсетілетін қызметті берушінің әлеуметтік қызметкерінің жәрдемдесуімен жүзеге асырылады.

14. Мемлекеттік қызметті көрсету орындарының мекенжайлары Министрліктің www.mzsr.gov.kz интернет-ресурсында, «Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер» бөлімінде орналастырылған.

15. Көрсетілетін қызметті алушының мемлекеттік қызмет көрсету тәртібі мен статусы туралы ақпаратты көрсетілетін қызметті берушінің анықтамалық қызметтері, сондай-ақ Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығы «1414» арқылы алуға мүмкіндігі бар.

16. Мемлекеттік қызмет көрсету мәселелері жөніндегі анықтамалық қызметтердің байланыс телефондары: 8 (7172) 24 07 49, 24 12 91.

«Медициналық-әлеуметтік
мекемелерде (ұйымдарда) арнаулы
әлеуметтік қызмет көрсетуге
күжаттар ресімдеу»
мемлекеттік көрсетілетін
қызмет стандартына
1-қосымша

Ескерту. 1-қосымшаға өзгеріс енгізілді - Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 25 қарашадағы № 893 бұйрығымен

Нысан

Жергілікті атқарушы органның немесе жергілікті атқарушы орган уәкілеттік берген мемлекеттік ұйымның басшысына

_____ (жергілікті атқарушы орган немесе жергілікті атқарушы орган уәкілеттік берген мемлекеттік ұйым басшысының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)

Жеке басын куәландыратын құжаттың № _____ жылы берілді

Тіркелген жері _____

Тұратын жері _____

Туған жері _____

Туған күні «__» _____ ЖЫЛ

Жәрдемақының түрі мен мөлшері _____

Мүгедектік санаты _____

Туыстары (заңды өкілдері) _____

_____ (туыстық қатынасы, жасы, әлеуметтік мәртебесі, тұрғылықты мекенжайы, байланыс телефоны)

ӨТІНІШ

_____ (көрсетілетін қызметті алушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)

стационар жағдайында арнаулы әлеуметтік қызмет көрсетуге мұқтаж болғандықтан, _____

— медициналық-әлеуметтік мекемеге тұрақты/уақытша (қажеттінің асты сызылсын) тәулік бойы тұруға қабылдауды сұраймын.

Мынадай құжаттарды қоса беремін:

- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 4) _____ |
| 5) _____ | 6) _____ |
| 7) _____ | 8) _____ |
| 9) _____ | 10) _____ |

Медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) стационар жағдайында арнаулы әлеуметтік қызмет көрсетуге құжаттар ресімдеу үшін қажетті дербес мәліметтерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Медициналық-әлеуметтік мекемеге қабылдаудың, онда ұстаудың, одан ауыстырудың және шығудың шарттарымен және ішкі тәртіп ережелерімен таныстым.

20 ___ жылғы «___» _____
(өтініш берушінің тегі, аты,
әкесінің аты (ол болған кезде)
және қолы)

Құжаттарды _____ қабылдады
(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), лауазымы, қолы)

20 ___ жылғы «___» _____

«Медициналық-әлеуметтік
мекемелерде (ұйымдарда) арнаулы
әлеуметтік қызмет көрсетуге
құжаттар ресімдеу»
мемлекеттік көрсетілетін
қызмет стандартына
2-қосымша

Ескерту. 2-қосымшаға өзгеріс енгізілді - Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 25 қарашадағы № 893 бұйрығымен

Нысан

**Жергілікті атқарушы органның немесе жергілікті атқарушы орган
уәкілеттік берген мемлекеттік ұйымның басшысына**

(жергілікті атқарушы орган немесе жергілікті атқарушы орган
уәкілеттік берген мемлекеттік ұйым басшысының тегі, аты,
әкесінің аты (ол болған кезде) **ӨТІНІШ**

_____ жылы «___» _____ туған, _____
мекенжайы бойынша тұратын

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде))

жартылай стационар жағдайында арнаулы әлеуметтік қызмет көрсетуге мұқтаж болғандықтан

(жартылай стационарлық үлгідегі ұйымның атауы)
күндіз болуға қабылдауды сұраймын.

Мынадай құжаттарды қоса беремін:

- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 4) _____ |
| 5) _____ | 6) _____ |
| 7) _____ | 8) _____ |
| 9) _____ | 10) _____ |

Медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) жартылай стационар жағдайында арнаулы әлеуметтік қызмет көрсетуге құжаттар ресімдеу үшін қажетті менің дербес мәліметтерімді жинауға және өңдеуге келісім беремін.

Жартылай стационар үлгісіндегі ұйымға қабылдаудың, онда болудың, одан шығарып тастау және шығудың шарттарымен және ішкі тәртіп ережелерімен таныстым.

20 __ жылғы «__» _____

(Өтініш берушінің тегі,
әкесінің аты (ол болған кезде) және қолы)

Құжаттарды

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), лауазымы, қолы)

20 _ жылғы «__» _____ қабылдады

«Медициналық-әлеуметтік
мекемелерде (ұйымдарда) арнаулы
әлеуметтік қызметтер көрсетуге
құжаттар ресімдеу»
мемлекеттік көрсетілетін
қызмет стандарты жобасына
3-қосымша

Нысан

МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТА

(медициналық ұйымның атауы)

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде)

Туған күні «__» _____ жыл

Үйінің мекенжайы _____

Қысқаша анамнез (бастан өткерген аурулар жөнінде, дәрілік препараттарды, азық-түлікті көтере алмаушылық және тағы басқа) _____

Медициналық тексеру:

(негізгі және ілеспелі диагнозды, асқынудың орын алғандығын, бұрын болған аурулар туралы мәліметтерді көрсету қажет)

хирург

невропатолог

психиатр

окулист

отоларинголог

дерматовенеролог

фтизиатр

терапевт/педиатр

эпидемиологиялық

ортасы

туралы

қорытынды

Көрсеткіштер бойынша:

стоматолог

эндокринолог

кардиолог

ортопед

нарколог

онколог

гинеколог

Зертханалық зерттеулердің нәтижелері:

қанның жалпы анализі _____
(мерзімі, нәтижесі)
зәрдің жалпы анализі _____
(мерзімі, нәтижесі)
нәжіс жұғындарын гельминттер жұмыртқасына
паразитологиялық зерттеу _____

_____ (мерзімі, нәтижесі)

нәжіс жұғындарын ішек таяқшасына бактериологиялық зерттеу

_____ (мерзімі, нәтижесі)

психоневрологиялық аурулары бар 18 жастан асқан адамдар үшін:

АИТВ инфекциясына қанның анализі _____

(мерзімі, нәтижесі)

сифилиске қанның анализі _____

(мерзімі,

нәтижесі)

әйелдердің қынап жағындысы _____

(мерзімі, нәтижесі)

ерлердің уретральды жағындысы _____

(мерзімі, нәтижесі)

Дәрігерлік-консультативтік комиссия төрағасының қорытындысы

_____ (стационарлық үлгідегі ұйымда болуға медициналық қарсы көрсетілімдер бар ма)

М.О.

Медициналық ұйымның басшысы: _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған

кезде), қолы)

20 ____ жылғы « ____ » _____