ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства у справах ветеранів України

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 року № \_\_\_

**ПРИМІРНА ФОРМА ПОДАННЯ**

**закладу охорони здоров’я, в якому надаються послуги з адаптації,
до Міністерства у справах ветеранів України щодо залучення фахівця суб’єкта надання послуг з адаптації другого рівня**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(найменування, місцезнаходження, код згідно з ЄДРПОУ закладу охорони здоров’я,

в якому надаються послуги з адаптації)

Відповідно до абзацу третього підпункту 1 пункту 10 Порядку реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 квітня 2025 року № 1060 “Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір” (далі — Порядок), у зв’язку з виявлення пацієнтом бажання отримати послуги з адаптації під час надання йому медичних послуг у закладі охорони здоров’я стаціонарно до роботи з пацієнтом можуть долучатися фахівці суб’єкта надання послуг з адаптації другого рівня.

У зв’язку із виявленням бажання пацієнтом, якому надаються послуги з адаптації в \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(найменування, місцезнаходження, код згідно з ЄДРПОУ закладу охорони здоров’я,

в якому надаються послуги з адаптації)

звертаємося з проханням залучення фахівця/ців суб’єкта надання послуг з адаптації другого рівня з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(найменування місцезнаходження, код згідно з ЄДРПОУ суб’єкта надання послуг з адаптації другого рівня),

а саме *(необхідне зазначити)*:

☐ вчитель-дефектолог (спеціальний педагог), який має сертифікат про проходження курсу підвищення кваліфікації з орієнтування та мобільності з використанням білої тростини та без неї;

☐ спеціаліст з адаптивних інформаційних технологій, який має другий (магістерський) рівень вищої освіти за спеціальністю відповідної галузі знань, зокрема у сфері інформаційних технологій, та сертифікат з адаптивних інформаційних технологій (залучається для надання послуг з ознайомлення із сучасними інформаційними технологіями, що забезпечують доступ до комунікації та інформації)

Відомості про особу – отримувача послуг:

Дата народження: “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ року

Вид професійної (фактичної) діяльності/зайнятості: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Задеклароване/зареєстроване місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Місце фактичного проживання/перебування: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мобільний номер телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Документ, що посвідчує особу:

серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України (ID картки):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

,виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ року.

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Діагноз (код національного класифікатора 025:2021, назва, дата встановлення): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Анамнез хвороби (втрати зору повністю або частково): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Типи послуг з адаптації особі-отримувачу послуг, що необхідно надавати залученими фахівцями суб’єкта надання послуг з адаптації другого рівня, відповідно до пункту 30 Порядку:

Орієнтування в просторі та мобільність *(необхідне зазначити)*:

☐ так

☐ ні

Соціально-побутове орієнтування *(необхідне зазначити)*:

☐ так

☐ ні

Асистивні технології *(необхідне зазначити)*:

☐ так

☐ ні

Вивчення шрифту Брайля *(необхідне зазначити)*:

☐ так

☐ ні

З граничними розмірами відшкодування за надані послуги з адаптації одній особі - отримувачу послуг з адаптації на першому рівні, що підлягають відшкодуванню за договором про відшкодування вартості наданих послуг з адаптації суб’єкту надання послуг з адаптації другого рівня, визначених Порядком ознайомлені.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, ім’я, по батькові отримувача послуг)

підтверджую, що дана заява мені зачитана вголос, її зміст мені зрозумілий і відповідає моєму волевиявленню.

|  |  |
| --- | --- |
| Додатки: | Заява щодо залучення фахівця суб’єкта надання послуг з адаптації;Згода особи-отримувача послуг з адаптації та/або законного представника особи-отримувача послуг з адаптації та/або медичного працівника або соціального працівника особи-отримувача послуг з адаптації на обробку та передачу персональних даних. |

“\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (прізвище, власне ім’я, по батькові (підпис)

 відповідальної особи)

М. П. (у разі наявності)