

**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 відповідно до Умов прийому на навчання до закладів вищої освіти України, затверджених наказом МОН від 11 жовтня 2020 року № 1274, зареєстрованих в Мін'юсті 09 грудня 2020 за № 1225/35508, (далі - Умови прийому)**

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.

<b>Категорії осіб, які мають право на зарахування за співбесідою відповідно до абзаців другого-четвертого пункту 2 розділу VIII)</b>		
<b>Категорія</b>	<b>Необхідні документи</b>	<b>Примітка</b>
<b>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</b>		
Особи з інвалідністю – 1 категорія (пункт 26 статті 20).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Посвідчення категорії 1 серії А синього кольору “Учасник ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 19__ році”;</li> <li>– Посвідчення категорії 1 серії Я синього кольору “Учасник ліквідації ядерних аварій” (категорія 1;</li> <li>– Посвідчення категорія 1 серії Б синього кольору “Потерпілий від Чорнобильської катастрофи</li> <li>– Посвідчення категорія 1 серії Я синього кольору “Потерпілий від радіаційного опромінення”</li> <li>– Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).</li> </ul>	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 <b>*Увага! 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> 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</b>
2 категорія (пункт 26 статті 20 через пункт 1 статті 21)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Посвідчення категорії 2 серії А синього кольору “Учасник ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у 19__ році” без штампу “Перереєстровано”.</li> <li>Дані посвідчення, видані до набрання чинності Постанови, без відмітки про зазначеного штампу не дійсні;</li> <li>– Посвідчення категорії 2 серії Я синього кольору “Учасник ліквідації ядерних аварій”;</li> <li>– Посвідчення категорії 2 серії Б сірого кольору “Потерпілий від Чорнобильської катастрофи”</li> <li>– посвідчення категорії 2 серії Я сірого кольору “Потерпілий від радіаційного опромінення”</li> <li>Документ державного зразка про повну загальну</li> </ul>	

	середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).	<i>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.</i>
Діти з інвалідністю до 18 років – у зв’язку з Чорнобильською катастрофою (пункт 4 частини 3 статті 30).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– посвідчення „Дитина, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи” серії Д жовтого кольору.</li> <li>**Потерпілим дітям, яким встановлено причинний зв’язок інвалідності з Чорнобильською катастрофою, до вищезазначеного посвідчення видається вкладка.</li> <li>– Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками (10, 11, 12 балів).</li> </ul>	
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>– Посвідчення „Дитина, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи” серії Д жовтого кольору.</li> <li>– До зазначеного посвідчення видається довідка (додаток № 2), затверджена Порядком видачі посвідчень особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та іншим категоріям громадян, затвердженим Постановою.;</li> <li>– Свідоцтво про смерть одного (обох) батьків;</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, скріпленням гербовою печаткою.
Діти віком до 18 років, у яких померли батьки з числа учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, віднесених до 3 категорії, смерть яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою (пункт 26 статті 20 через частину 2 статті 22)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Посвідчення „Дитина, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи” серії Д жовтого кольору.</li> <li>– До зазначеного посвідчення видається довідка (додаток № 2), затверджена Порядком видачі посвідчень особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та іншим категоріям громадян, затвердженим Постановою.;</li> <li>– Свідоцтво про смерть одного (обох) батьків;</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, скріпленням гербовою печаткою.
Діти віком до 18 років, батьки яких віднесені до 1 категорії (частина 2 статті 20 через пункт 26 статті 20).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Посвідчення „Дитина, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи” серії Д жовтого кольору.</li> <li>– До зазначеного посвідчення видається довідка (додаток № 2), затверджена Порядком видачі посвідчень особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та іншим категоріям громадян, затвердженим Постановою.;</li> <li>– Документ державного зразка про повну загальну середню освіту з відзнакою або з відмінними оцінками</li> </ul>	Довідка повинна бути видана районною або обласною державними адміністраціями з підписом, скріпленням гербовою печаткою.

	(10, 11, 12 балів).	
<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>		
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).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Посвідчення інваліда війни;</li> <li>– Копія медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років або копію довідки медико-соціальної експертизи з висновком про зв'язок інвалідності з подіями Революції Гідності</li> </ul>	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
Особи, які визнані особами інвалідністю внаслідок війни (пункти 11 -14 частини другої статті 7).	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Посвідчення інваліда війни</li> <li>– Копія медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років або копію довідки медико-соціальної експертизи.</li> </ul>	
<b>Особи, яким надано це право відповідно до абзацу четвертого пункту 2 розділу VIII Умов прийому</b>		
Особи з інвалідністю, які не спроможні відвідувати заклад освіти (за рекомендацією органів охорони здоров'я та соціального захисту населення)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Посвідчення по інвалідності</li> <li>– Копія медичного висновку про дитину з інвалідністю віком до 18 років або копію довідки медико-соціальної експертизи</li> <li>– рекомендація органів охорони здоров'я та соціального захисту населення</li> </ul>	
<b>Особи, які беруть участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів з певного(их) навчального(их) предмета(ів), з яких не брали участі в основній та додатковій сесіях зовнішнього незалежного оцінювання 2021 року, та/або зовнішнього незалежного оцінювання 2018-2021 років з (у будь-яких комбінаціях за їх вибором) що визначено згідно з пунктом 5 розділу VIII Умов прийому (в межах квоти 1)</b>		
особи, які в 2021 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	<p>інформація про захворювання або патологічний стан, що може бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, зазначається в одному із нижчезазначених документів:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• листку непрацездатності,</li> <li>• довідці про тимчасову непрацездатність поліцейського, військовослужбовця Національної гвардії України,</li> <li>• 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</li> </ul>	за умови подання до приймальної комісії закладу вищої освіти одного з документів, зазначених у <b>підпункті 1 пункту 2</b> 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 (далі - Наказ), або копії такого документа  **форми довідок відповідно до Наказу: <a href="https://cutt.ly/WyP7Khp">https://cutt.ly/WyP7Khp</a>

здоров'я України від 29 серпня 2016 року № 1027/900, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 27 грудня 2016 року за № 1707/29837	інваліда № _____ (вікова категорія від 18 років і старше), • формі первинної облікової документації № 086/о «Медична довідка (лікарський консультаційний висновок)»	
<b>Особи, які беруть участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів 2021 року та/або зовнішнього незалежного оцінювання 2018-2021 (у будь-яких комбінаціях за їх вибором), що визначено пунктом 4 розділу VIII Умов прийому</b>		
особи, яким за рішенням регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти відмовлено в реєстрації для участі в 2021 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, що заверений 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)	Довідка про хворобу згідно з переліком (Форма № 086-3/о). «Медичний висновок про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання» 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). Протокол засідання регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти	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. Копія медичного висновку за формою № 086-3/о має бути заверена підписом секретаря регламентної комісії при регіональному центрі оцінювання якості освіти і печаткою регіонального центру оцінювання якості освіти.
<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	– 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 ). – Посвідчення “Постраждалий учасник Революції Гідності” (Постанова КМУ від 28 лютого 2018 року № 119)	

України;		
<b>Особи, яким відповідно до абзаців другого та третього пункту 7 розділу VIII Умов прийому надано право на участь у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів та/або зовнішнього незалежного оцінювання (результати вступних іспитів зараховуються з предметів, з яких вступник не складав зовнішнє незалежне оцінювання)</b>		
особи, звільнені з військової служби (у тому числі демобілізовані) починаючи з 01 грудня 2020 року включно.	– Військовий квиток (копія)	
громадяни України, які здобули повну загальну середню освіту за кордоном у період між 01 вересня 2020 року та 30 листопада 2021 року.	1) паспортний документ; 2) документ про здобутий рівень освіти з одержаними з навчальних дисциплін оцінками (балами), легалізований відповідно до чинного законодавства країни.	Документ про освіту має бути перекладений українською мовою та нотаріально завірений. *** зазначені особи беруть участь у конкурсному відборі на місця державного або регіонального замовлення лише в разі вступу тільки за результатами зовнішнього незалежного оцінювання.
<b>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», «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)</b>		
особи, місцем проживання яких є тимчасово окупована територія окремих районів Донецької та Луганської областей, територія населених пунктів на лінії зіткнення, тимчасово окупована територія Автономної Республіки Крим та міста Севастополя (які не зареєстровані як внутрішньо переміщені особи) або переселилися з неї після 01 січня 2021 року;	- довідка про реєстрацію місця проживання особи встановленого зразка, яка містить відомості про реєстрацію місця проживання особи у населеному пункті на тимчасово окупованій території окремих районів Донецької та Луганської областей, території населених пунктів на лінії зіткнення, тимчасово окупованій території Автономної Республіки Крим та міста Севастополя; *Особливості подання документів Заявником: - документи подаються особисто в письмовій формі; - за відсутності документа про освіту державного зразка та додатка до нього Заявник подає довідку загальноосвітнього навчального закладу про успішне проходження річного оцінювання та державної підсумкової атестації, яка є підставою для участі в конкурсі без подання сертифікатів зовнішнього незалежного оцінювання; - за умови участі у конкурсному відборі за результатами вступних іспитів, сертифікат (сертифікати) зовнішнього незалежного оцінювання не подається.	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.
<b>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 пункту 8 розділу VIII Умов прийому мають право на участь у конкурсному відборі за результатами зовнішнього незалежного оцінювання в межах квоти 1</b>		
Дитина-сирота, в якій померли або загинули батьки.	– Свідоцтво про народження вступника або паспорт; – Копія рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, або витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини,	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

	позбавленої батьківського піклування.	набрала чинності 17.10.2008 року.
Діти, позбавлені батьківського піклування у зв'язку з: а) Позбавленням батьків батьківських прав;	– Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, або витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування	Відповідно до пункту 22 Порядку районною, районною у м.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.
б) Відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав;	– Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, або витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування.	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.
в) Визнанням батьків безвісно відсутніми або недієздатними, оголошенням батьків померлими;	– Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, або витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування.	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 подають документи вже на наступний день після досягнення вказаного віку, права на пільгу не мають.
г) Відбуванням батьками покарання в місцях позбавлення волі чи перебуванням їх під вартою на час слідства;	– Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, або витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування.	
д) Розшуком батьків органами внутрішніх справ, пов'язаним з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження;	– Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, або витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування.	
е) Тривалою хворобою батьків, що перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов'язки;	– Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, або витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування.	
є) 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	– Свідоцтво про народження вступника; – Копія рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, або витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування.	

окупованій території України або в зоні проведення антитерористичної операції, та безпритульні діти.		
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;	<ul style="list-style-type: none"><li>– Свідоцтво про народження вступника;</li><li>– Копія рішення органу опіки та піклування про надання статусу дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування, або витяг з обліково-статистичної картки дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування.</li></ul>	

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

Дружина (чоловіка), опікун дитей померлого громадянина із числа (ліквідаторів, потерпілих) категорії \_\_\_\_\_, смерть якого пов'язана з Чорнобильською катастрофою (нешкідливо закреслити)

№ 025685 ✪

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

ФОТО 3 x 4 см

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 діє на всій території України

(орган, який видав посвідчення)

м. п. \_\_\_\_\_ (підпис керівника)

**ПОСВІДЧЕННЯ**

Затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 23 серпня 1992 р. № 501

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. \_\_\_\_\_

ФОТО 3 x 4 см

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 Чорнобильської АЕС з числа осіб, які працювали у зоні відчуження протягом 1986 року з 1 липня по 31 грудня від 1 до 8, у 1987 році від 1 до 14, у 1988-1990 роках — не менше 30 календарних днів.

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(установа, яка видає посвідчення)

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

**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. \_\_\_\_\_

ФОТО 3 x 4 см

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

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(установа, яка видає посвідчення)

м. п. \_\_\_\_\_ (підпис керівника)

**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. \_\_\_\_\_

ФОТО 3 x 4 см

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

Посвідчення безстрокове і діє на всій території України

(орган, який видає посвідчення)

м. п. \_\_\_\_\_ (підпис керівника)



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 постради-  
ли внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Серія Б № 300827 С

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

ФОТО  
3 x 4 см

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 постради-  
ли внаслідок Чорнобильської катастрофи".

Серія А № 104980 С

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

ФОТО  
3 x 4 см

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 вилікала інвалідом, інвалідність якої  
пов'язана з Чорнобильською катастрофою

Серія Д № \_\_\_\_\_

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 1 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.

Державний герб України

Державний штамп України

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

Серія Д № 409879 \* Н

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

ФОТО  
3x4 см

Посвідчення діє до повноліття дитини  
на всій території України

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

М.П. \_\_\_\_\_

Жовтого  
кольору  
серії Д

ВКЛАДКА N \_\_\_\_\_

до посвідчення дитини з інвалідністю, пов'язаною з наслідками Чорнобильської катастрофи

Серія Д N \_\_\_\_\_

Прізвище \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

По батькові \_\_\_\_\_

Дійсна до \_\_\_\_\_ р.

Вкладка без посвідчення недійсна \_\_\_\_\_

(установа, яка видала вкладку)

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

М. П.

Держадміністрація \_\_\_\_\_

ДОВІДКА № \_\_\_\_\_

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

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

неповнолітньою дитиною померлого (померлої) громадянина (громадянки)

\_\_\_\_\_ р.  
(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.

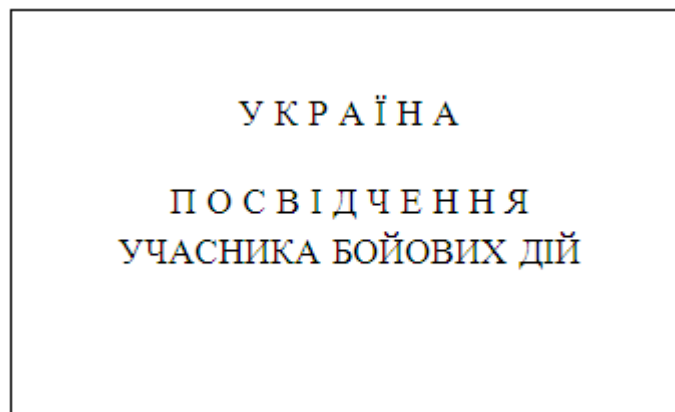
Заступник  
облдержадміністрації \_\_\_\_\_ р.  
(підпис, прізвище та

ГОЛОВИ  
ініціали)

МП

Додаток № 2 до постанови Кабінету Міністрів України від 12 травня 1994 р. № 302  
(у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2018 р. № 632 )

Посвідчення учасника бойових дій  
Лицьовий бік обкладинки

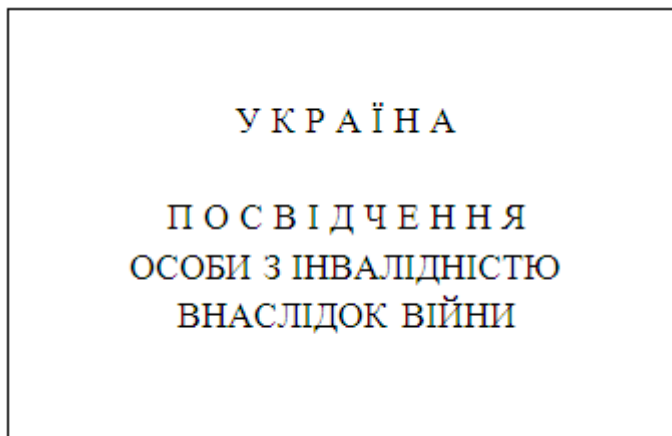


Внутрішній лівий бік обкладинки

Внутрішній правий бік обкладинки

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>(ким видано)</p> <p><b>ПОСВІДЧЕННЯ</b>    серія А № 000000</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;"> <p>фото 3 x 4 см</p> </div> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>МП _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p style="text-align: right;">Пункт __ частини __ статті __ Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту"</p> <p>Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни — учасників бойових дій</p> <p style="text-align: center;"><b>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</b></p> <p>Дата видачі _____ 20__ р.</p> <p style="text-align: center;">МП _____</p> <p style="text-align: center;">(підпис керівника установи, військового комісара)</p>
---	--

**ПОСВІДЧЕННЯ  
особи з інвалідністю внаслідок війни**  
Лицьовий бік обкладинки



Внутрішній лівий бік обкладинки

Внутрішній правий бік обкладинки

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>(ким видано)</p> <p><b>ПОСВІДЧЕННЯ</b>    серія А № 000000</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;"> <p>фото 3 x 4 см</p> </div> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>МП _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p style="text-align: right;">Пункт __ частини __ статті __ Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту"</p> <p>Пред'явник цього посвідчення є особою з інвалідністю __ групи і має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни — осіб з інвалідністю внаслідок війни</p> <p style="text-align: center;"><b>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</b></p> <p>Дата видачі _____ 20__ р.</p> <p style="text-align: center;">МП _____</p> <p style="text-align: center;">(підпис керівника установи, військового комісара)</p>
---	---

БЛАНК-ВКЛАДКА  
до посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни

Пред'явник цього посвідчення є особою з інвалідністю \_\_\_ групи і має право на пільги, встановлені законодавством України для ветеранів війни — осіб з інвалідністю внаслідок війни

**ПОСВІДЧЕННЯ ДІЙСНЕ**

ДО \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**

Дата видачі \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

МП

\_\_\_\_\_  
(підпис керівника установи, військового комісара)

### **ПОСВІДЧЕННЯ**

**учасника війни**

Лицьовий бік обкладинки

У К Р А Ї Н А

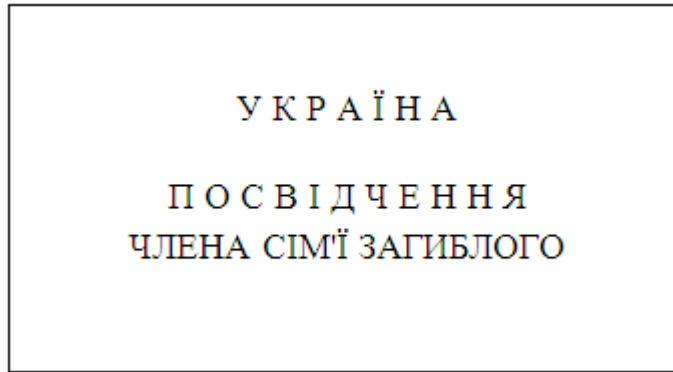
**ПОСВІДЧЕННЯ  
УЧАСНИКА ВІЙНИ**

Внутрішній лівий бік обкладинки

Внутрішній правий бік обкладинки

<p>_____ _____ (ким видано) <b>ПОСВІДЧЕННЯ</b>    серія А № 000000</p> <p>фото 3 x 4 см</p> <p>Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____</p> <p>МП</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пункт __ частини __ статті __ Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту"</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>МП</p> <p>_____ (підпис керівника установи, військового комісара)</p>
--	---

ПОСВІДЧЕННЯ члена сім'ї загиблого  
Лицьовий бік обкладинки



Внутрішній лівий бік обкладинки

Внутрішній правий бік обкладинки

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>(ким видано)</p> <p>ПОСВІДЧЕННЯ серія А № 000000</p> <p>фото 3 x 4 см</p> <p>Прізвище _____</p> <p>Ім'я _____</p> <p>По батькові _____</p> <p>МП _____</p> <p>Особистий підпис _____</p>	<p>Пункт __ частини __ статті __ Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту"</p> <p>Пред'явник цього посвідчення має право на пільги, встановлені законодавством України для сімей загиблих (померлих) ветеранів війни</p> <p><b>ПОСВІДЧЕННЯ БЕЗТЕРМІНОВЕ І ДІЙСНЕ НА ВСІЙ ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ</b></p> <p>Дата видачі _____ 20__ р.</p> <p>МП _____</p> <p>_____</p> <p>(підпис керівника установи, військового комісара)</p>
---	--

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\*

зареєстроване за адресою \_\_\_\_\_  
(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

	Україна
ПОСВІДЧЕННЯ	

Стор. 1

Стор. 2

Кім. номер	(дані про зазначеного представника (особу) дитини-інваліда або інваліда з дитинства, зважаючи на відсутність:
<b>ПОСВІДЧЕННЯ</b>	(Прізвище
Серія ААВ В	Ім'я
Державна соціальна допомога	По батькові
	Рік народження
Примітки:	
Прізвище	фото зазначеного представника (особи)
Ім'я	дитини-інваліда або інваліда з дитинства
По батькові	інвалідність на
Рік народження	обидві руки
	перунами
	Дата видачі _____ 20__ р.

Прізвище та група інвалідності (група захворювань для інваліда (старше 18 років)	Відмітка структурного підрозділу _____ (місце)  М.П.
Ім'я (якщо причина інвалідності необхідно зазначити: інвалідність по слуху, зору, нерво-рухового апарату)	Важер особистій справі

Стор. 3

Стор. 4

Державну соціальну допомогу призначено з _____ 20__ р. із _____ 20__ р. до _____ 20__ р. (за) _____ 20__ р. у сумі _____ грн.	Державну соціальну допомогу призначено з _____ 20__ р. із _____ 20__ р. до _____ 20__ р. (за) _____ 20__ р. у сумі _____ грн.	Державну соціальну допомогу призначено з _____ 20__ р. із _____ 20__ р. до _____ 20__ р. (за) _____ 20__ р. у сумі _____ грн.	Державну соціальну допомогу призначено з _____ 20__ р. із _____ 20__ р. до _____ 20__ р. (за) _____ 20__ р. у сумі _____ грн.
М.П.	М.П.	М.П.	М.П.
(місце керівника структурного підрозділу)	(місце керівника структурного підрозділу)	(місце керівника структурного підрозділу)	(місце керівника структурного підрозділу)
Державну соціальну допомогу призначено з _____ 20__ р. із _____ 20__ р. до _____ 20__ р. (за) _____ 20__ р. у сумі _____ грн.	Державну соціальну допомогу призначено з _____ 20__ р. із _____ 20__ р. до _____ 20__ р. (за) _____ 20__ р. у сумі _____ грн.	Державну соціальну допомогу призначено з _____ 20__ р. із _____ 20__ р. до _____ 20__ р. (за) _____ 20__ р. у сумі _____ грн.	Державну соціальну допомогу призначено з _____ 20__ р. із _____ 20__ р. до _____ 20__ р. (за) _____ 20__ р. у сумі _____ грн.
М.П.	М.П.	М.П.	М.П.
(місце керівника структурного підрозділу)	(місце керівника структурного підрозділу)	(місце керівника структурного підрозділу)	(місце керівника структурного підрозділу)

Стор. 5

Стор. 6

Для відбиття	(Посвідчена особа, яка одержує державну соціальну допомогу, відповідно до Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" дієсно на всій території України. Згідно зі статтю 1 Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" інвалід з дитинства та дітям-інвалідам, які мають спеціальне право на державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, на пенсії та на державну соціальну допомогу згідно із Законом України "Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на
--------------	--



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",  
зареєстрованим 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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> Форма первинної облікової документації <b>№ 086-3/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> N <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 50px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															

**МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК № \_\_\_\_\_**  
**про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання**

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 умови)	/ / / / / / / / (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. \_\_\_\_\_ П.  
 (закладу охорони здоров'я або ЛКК)

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

N 086-3/о

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства освіти і науки України,  
Міністерства охорони здоров'я України

										N				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

#### КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до МЕДИЧНОГО ВИСНОВКУ N \_\_\_\_\_

**про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання**

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 умови)	/____/____/____/____/____ (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)

M.

(закладу охорони здоров'я або ЛКК)

P.

**Примітка.** На основі контрольних талонів здійснюється облік виданих медичних висновків.

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони здоров'я  
України  
14 лютого № 110  
2012 року

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони здоров'я  
України  
14 лютого 2012 № 110  
року

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації  № 095/о <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b>  Наказ МОЗ України                      №
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	
Код за ЄДРПОУ	

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації  № 095/о <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b>  Наказ МОЗ України                      №
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	
Код за ЄДРПОУ	

<b>ДОВІДКА № _____</b>
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
Дата видачі “ _____ ” _____ 20____ року
1. Студенту, учню, дитині, що відвідує дошкільний навчальний заклад (необхідне підкреслити)
(найменування навчального закладу)
2. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____
3. Дата народження (рік, місяць, число, для дітей до 1 року – день) _____
4. Діагноз захворювання (зазначається за згодою пацієнта), інші причини відсутності _____

<b>КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН</b>
до довідки № _____
Дата видачі “ _____ ” _____ 20____ року
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____
2. Найменування навчального закладу _____
3. Діагноз (зазначається за згодою пацієнта) _____
4. Звільнений(на) від занять (роботи), відвідувань дошкільного навчального закладу _____

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 _____
<b>Примітка.</b> 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 <table border="1" data-bbox="826 754 1285 799"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></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><table border="1" data-bbox="1619 754 1868 799"> </table> № <table border="1" data-bbox="1951 754 2074 799"> </table></p>
<p><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>5. Дата народження <table border="1" data-bbox="1637 1219 1850 1297"> </table> (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>КОРІНЦЬ</b>
	(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)		N медичної карти ..... (Підпис одержувача)	
(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)		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.....	Печата закладу охорони здоров'я Чол.   Жін. відповідне підкреслити Шифр МКХ-10.....
	(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я)		Виданий ..... 20..... р. (число, місяць)	
	(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)		Вік ..... (повних років)	
	(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)			
	Диагноз первинний:		Диагноз 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: Підпис лікаря.....	
	Перебував у стаціонарі з..... 20..... р. по..... 20..... р.		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		
З В І Л Ь Н Е Н Н Я   В І Д   Р О Б О Т И				
З якого числа	До якого числа включно	Посада і прізвище лікаря	Підпис та печатка лікаря	
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)			
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)			
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)			
3 (число, місяць, рік)	(словами число і місяць)			
СТАТИ ДО РОБОТИ		} посада, прізвище } підпис лікаря	Печата закладу охорони здоров'я	
3 (словами число і місяць)				
ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ				
Видано новий листок непрацездатності (продовження) N...				
ПРИМІТКА:				

## Зворотний бік

Заповнюється табельником або уповноваженою особою	..... (назва підприємства, установи, організації) Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. N..... Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібне підкреслити). Не працював з "....."..... 20...р. до "....."..... 20...р. Неробочі дні за період непрацездатності..... <span style="float: right;">(числа)</span> До роботи став з "....."..... 20...р. Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..... Дата.....				
Заповнюється відділом 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 (потрібне підкреслити). Страховий стаж на день настання непрацездатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити). ..... (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)				
Заповнюється комісією із соціального страхування або уповноваженою особою, на яку покладено призначення допомоги	<p style="text-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..... ..... (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)				
Заповнюється бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації	<p style="text-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.....				
	<b>НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ</b>				
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
	..... (усього нараховано — сума словами)				
	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 № \_\_\_\_\_  
(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					



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   -----					
- 3. Спеціальні   засоби для   самообслуговування:   - допоміжні   побутові пристрої   -----					
- 4. Спеціальні   засоби для догляду:   - допоміжні засоби   для туалету   - допоміжні засоби   для підймання   - крісла-стілці із   санітарним   оснащенням   -----					
- 5. Спеціальні   засоби для освіти і   занять трудовою   діяльністю   - меблі   спеціального   призначення   - комп'ютерні   програми для   навчання   - спеціальні					

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)					
- 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					
- 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 закладу за ЄДРПОУ | | | | | | | | |  
|-----|

-----  
| Код форми за ДКУД | | | | | | | | |  
|-----+-----+-----+-----+-----+-----|  
| Код закладу за ЄДРПОУ | | | | | | | | |  
|-----|

-----  
Міністерство охорони	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ						
здоров'я України	ФОРМА N	0	8	0	/	о	
Найменування закладу	-----						
	Затверджена наказом МОЗ України						
| | 0|4|1|2|2|0|0|1|р.|N|4|8|2| |  
|-----|

-----  
Міністерство охорони	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ						
здоров'я України	ФОРМА N	0	8	0	/	о	
Найменування закладу	-----						
	Затверджена наказом МОЗ України						
| | 0|4|1|2|2|0|0|1|р.|N|4|8|2| |  
|-----|

-----  
| КОРІНЕЦЬ |  
| медичного висновку N \_\_\_\_\_ |  
| про дитину-інваліда віком до 18 років |  
від "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ р.

-----  
| 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.

-----  
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини \_\_\_\_\_
2. Дата народження
-----
(число, місяць, рік)
-----
3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна
(необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_
-----
4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса \_\_\_\_\_
-----
5. Захворювання (патологічний стан) \_\_\_\_\_
-----
відповідає розділу \_\_\_\_\_, пункту \_\_\_\_\_,
підпункту \_\_\_\_\_ Переліку медичних показань
Дійсний до "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ р.
-----

Л  
і  
н  
і  
я  
в  
і  
д  
р  
і  
з  
у

-----  
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини \_\_\_\_\_
2. Дата народження
-----
(число, місяць, рік)
-----
3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна
(необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_
-----
4. Місце проживання батьків (опікуна) - адреса \_\_\_\_\_
-----
5. Захворювання (патологічний стан) \_\_\_\_\_
-----

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)

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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**Наказ Міністерства**  
**охорони здоров'я України**  
**30.07.2012 № 577**

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ 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"/>	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> Форма первинної облікової документації <b>№ 157-1/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

**ВИПISKA**  
**з акта огляду медико-соціальною експертною комісією**  
 до довідки серії \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 (надсилається за місцем призначення пенсії чи місцезнаходженням пенсійної справи)

1. _____ (місцезнаходження МСЕК)
2. _____ (профіль МСЕК)
3. _____ (прізвище, ім'я, по батькові інваліда)
4. Дата народження <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"/> 5. Місце проживання _____ (число, місяць, рік)
6. Дата огляду інваліда <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 7. Огляд _____ (число, місяць, рік) (первинний, повторний)
8. Група інвалідності _____
9. Причина інвалідності _____ (словами)
10. Інвалідність встановлена до _____ 20 _____ року
11. Дата чергового перегляду <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"/> (число, місяць, рік)

⌘..... лінія відрізу.....⌘

Висновки медико-соціальних експертних комісій про умови і характер праці інвалідів є обов'язковими для адміністрації підприємств, установ і організацій.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

1. _____ (місцезнаходження МСЕК)
2. _____ (профіль МСЕК)
<b>ДОВІДКА</b> <b>до акта огляду медико-соціальною експертною комісією</b> (видається інваліду)
3. Серія _____ № _____
4. _____ (прізвище, ім'я, по батькові інваліда)
5. Дата народження <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"/> 6. Дата огляду <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"/> (число, місяць, рік) (число, місяць, рік)
7. Огляд інваліда _____
8. Група інвалідності _____ (первинний, повторний)
9. Причина інвалідності _____ (словами)
10. Інвалідність встановлена на строк до _____ 20 _____ року
11. Дата чергового перегляду <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"/> (число, місяць, рік)

12. Діагноз МСЕК \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Висновок про умови та характер праці  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Рекомендовані заходи щодо відновлення працездатності інваліда \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Підстава: акт огляду МСЕК № \_\_\_\_\_

16. Дата 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(число, місяць, рік)

**Голова МСЕК** \_\_\_\_\_  
М.П. (підпис) (П.І.Б.)

✂.....*лінія відрізу*.....✂

12. Висновок про умови та характер праці  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Рекомендовані заходи щодо відновлення працездатності  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Підстава: акт огляду МСЕК № \_\_\_\_\_

15. Дата 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(число, місяць, рік)

**Голова МСЕК** \_\_\_\_\_  
М.П. (підпис) (П.І.Б.)