

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения
Российской Федерации (Сеченовский университет)

Е. А. Шатова

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ
ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ
И НЁБА ПО ОФОРМЛЕНИЮ
ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКА**

Под науч. ред. Н. А. Касимовской

Казань
Издательство «Бук»
2023

УДК 349.3:616.3(078)

ББК 67.405.2:56.8я29

Ш28

Автор:

Шатова Евгения Александровна, ассистент (Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)).

Научный редактор:

Касимовская Наталия Алексеевна, кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой (Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет))

Рецензенты:

Першина Марина Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент (Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова)

Черкашина Ольга Сергеевна, руководитель отдела корпоративной и судебно-претензионной работы (АО «ЦТВ»)

Вашквичус Мария Михайловна, врач-педиатр (ОКОУ «Пенская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья» Курчатовского р-на Курской обл.)

Авторское свидетельство № 023–014719 от 05 апреля 2023 г.

Шатова, Евгения Александровна.

Ш28 Руководство для родителей детей с расщелиной губы и нёба по оформлению инвалидности ребенка / Е. А. Шатова ; Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова М-ва здравоохранения Рос. Федерации (Сеченовский ун-т) ; под науч. ред. Н. А. Касимовской. — Казань : Бук, 2023. — 96 с. — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-907665-84-2.

Руководство по оформлению инвалидности разработано для родителей, воспитывающих ребенка с челюстно-лицевой патологией, и включает краткий информационный блок о данной патологии, понятие об инвалиде, инвалидности, детской инвалидности, пошаговые алгоритмы и основные этапы оформления ребенку статуса «ребенок-инвалид».

УДК 349.3:616.3(078)

ББК 67.405.2:56.8я29

ISBN 978-5-907665-84-2

© Шатова Е. А., 2023

© Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, 2023

© Оформление. ООО «Бук», 2023

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ	7
Раздел 1. ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК.....	13
1.1. Основы терминологии	13
Раздел 2. ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА.....	18
2.1. Анатомические и функциональные нарушения у детей с расщелиной губы и нёба.....	18
2.2. Патологические особенности строения речевого аппарата и его функции	20
2.3. Речевой паспорт ребенка	21
Раздел 3. ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ	27
3.1. Признание лица инвалидом	27
3.2. Порядок оформления инвалидности (алгоритм).....	29
3.3. Порядок переосвидетельствования инвалида	40
Раздел 4. ОБЖАЛОВАНИЕ РЕШЕНИЙ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.....	41
4.1. Процедура обжалования решений медико- социальной экспертизы	41
4.2. Обжалование во внесудебном порядке решения бюро или главного бюро (алгоритм).....	41
4.3. Обжалование решения соответствующего бюро в суде (алгоритм).....	43
4.4. Льготы, предоставляемые семьям, имеющим детей- инвалидов.....	46

Раздел 5. ВАЖНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МОМЕНТЫ В ПЕРИОД УХОДА ЗА ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ	56
5.1. Порядок предоставления дополнительных выходных дней одному из родителей для ухода за детьми- инвалидами	56
5.2. Прохождение психолого-медико-педагогической комиссии	57
 ЗАКЛЮЧЕНИЕ	 65
 ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА	 67
 НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА.....	 77
 ПРИЛОЖЕНИЯ.....	 82

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АООП — адаптированная основная общеобразовательная программа.

БМСЭ — бюро медико-социальной экспертизы.

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения.

ВПР — врожденные пороки развития.

ГВЭ — государственный выпускной экзамен.

ГПК — Гражданский процессуальный кодекс.

ДЗМ — Департамент здравоохранения города Москвы.

ДЦП — детский церебральный паралич.

ЕГЭ — Единый государственный экзамен.

ЖК — Жилищный кодекс.

ЖКХ — жилищно-коммунальное хозяйство.

ЗРР — задержка речевого развития.

ИНН — идентификационный номер налогоплательщика.

ИПР — индивидуальная программа реабилитации.

ИПРА — индивидуальная программа реабилитации или абилитации.

Лор-органы — нос, горло, гортань и уши.

ЛФК — лечебная физическая культура.

Минздрав — Министерство здравоохранения.

МСЭ — медико-социальная экспертиза.

НДФЛ — налог на доходы физических лиц.

НК — Налоговый кодекс.

ОВЗ — ограниченные возможности здоровья.

ОГЭ — Основной государственный экзамен.

ОО — образовательная организации.

ООН — Организация Объединенных Наций.

ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция.

ПК — персональный компьютер.

ПМПК — психолого-медико-педагогическая комиссия.

ПФР — Пенсионный фонд России.

РАС — расстройство аутистического спектра.

СНИЛС — страховой номер индивидуального лицевого счета.

ТК — Трудовой кодекс.

ФБ МСЭ — Федеральное бюро медико-социальной экспертизы.

ФРЦ — Федеральный ресурсный центр.

ЦПМПК — Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия.

ЧЛО — челюстно-лицевая область.

ВВЕДЕНИЕ

Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области в антенатальной патологии по частоте распространенности занимают второе место среди всех ВПР человека. По опубликованным Всемирной организацией здравоохранения данным частота рождаемости детей с расщелиной губы и нёба составляет 1:750, в России — 1:1000–1:600, что составляет 20–30% от всех пороков развития человека и 86% от пороков развития ЧЛО. В европейских странах, по оценкам разных авторов, на каждые 700 родившихся приходится один случай рождения ребенка с ВПР ЧЛО, а именно с расщелиной губы и (или) нёба. В разных регионах Российской Федерации частота рождаемости детей с данным врожденным пороком варьируется от 0,6 до 2 случаев на 1000 новорожденных. Данная деформация может затрагивать только губу (расщелина губы), губу и альвеолярный отросток верхней челюсти (расщелина губы и альвеолярного отростка), только нёбо (расщелина нёба) или все вышеупомянутые анатомические элементы (расщелина губы и нёба). Из всех ВПР ЧЛО расщелина губы, альвеолярного отростка и нёба встречается чаще всего. Одним из тяжелых пороков развития является врожденная расщелина губы и нёба, которая негативно сказывается на физическом, психическом, речевом и личностном развитии ребенка, что обусловлено грубой аномалией ЧЛО.

Особое беспокойство вызывает детская инвалидность — на начало 2019 г., по данным Росстата, насчитывалась 671 тыс. детей-инвалидов, что составляет 5,6% от общего числа инвалидов в России. По оценкам ВОЗ, каждый 33-й ребенок в мире рождается с ВПР: ежегодно в мире рождается 3,2 млн детей с инвалидностью, обусловленной этой причиной. Следует отметить, что до 2010 г. по частоте формирования инвалидности на первом месте находились врожденные аномалии развития, деформации и хромосомные на-

рушения. По данным отечественных и зарубежных авторов, расщелины ЧЛО — это мультифакторный ВПР.

Проблема комплексной медико-социальной реабилитации детей с этим пороком развития ЧЛО является приоритетным направлением работы в отечественной и мировой медицине, в частности в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Это связано с тем, что расщелина губы и нёба вызывает сложный комплекс анатомических и функциональных изменений лица и нёба и одновременно отрицательно воздействует на развитие детского организма и социальную адаптацию ребенка в обществе.

Учитывая выраженные анатомические, функциональные, косметические проблемы, а также возможность сопутствующей патологии, динамическое наблюдение за такими детьми необходимо начать с момента рождения, а лечение и реабилитация являются комплексной и междисциплинарной проблемой, требуют участия целого ряда специалистов:

- челюстно-лицевого хирурга — для хирургической коррекции ВПР;
- неонатолога и педиатра — для организации питания, своевременного выявления и коррекции различной соматической патологии, профилактики ОРВИ, подготовки пациентов к оперативным вмешательствам;
- стоматолога и ортодонта — при необходимости ортодонтической коррекции данной патологии;
- оториноларинголога — для лечения и профилактики заболеваний полости носа, глотки и среднего уха;
- логопеда и психолога — для организации психологических реабилитационных мероприятий, необходимых для полной социальной адаптации ребенка.

Объединение усилий специалистов разного профиля позволяет достичь хорошего результата в лечении и комплексной реабилитации этих детей. В динамике психосоциального развития ребенка с расщелиной губы и нёба очень важная роль отводится психоневрологу, который начинает работать с родителями еще в пренатальном периоде. Отечественные и зарубежные исследования показывают, что значительная часть заболеваний, ставших причи-

нами возникновения у детей недостатков в умственном и физическом развитии, относится к врожденным аномалиям и хромосомным нарушениям.

Наиболее эффективной формой оказания поддержки таким пациентам и их семьям является многопрофильная помощь в специализированных центрах, так как для достижения оптимального результата лечения коллективы центров работают в кооперации со специалистами других медицинских учреждений. Своевременная психолого-педагогическая и медико-социальная помощь дает исключительную возможность скорректировать имеющиеся недостатки и проблемы в развитии, в ряде случаев устранить их, значительно снизить степень социальной недостаточности детей-инвалидов и детей с отклонениями, достичь максимально возможного для ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в обществе.

Поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, входит в число основных приоритетов государственной социальной политики Российской Федерации.

Расщелина губы и нёба — одна из тяжелейших врожденных аномалий человеческого организма, тяжелый порок развития ЧЛО, сопровождающийся грубыми эстетическими, анатомическими и функциональными нарушениями органов головы и шеи, приводящая к тяжелым эстетическим дефектам. Степень выраженности косметического дефекта зависит от множества факторов и их негативного влияния на плод в разные сроки эмбриогенеза. Выраженность анатомических и функциональных нарушений при данной патологии зависит от формы, величины расщелины, возраста ребенка, проведенного лечения. Трудности восстановления нарушенных жизненно важных функций питания, дыхания и звукообразования, анатомического восстановления губы, носа и верхней челюсти, мимики и слуха в условиях растущего организма являются причиной инвалидизации детей с расщелиной губы и нёба с первых дней жизни на долгие годы либо пожизненной инвалидизации. Такие дети могут иметь различного вида психологические проблемы.

У детей с данной патологией регистрируется высокая распространенность сопутствующих заболеваний (заболевания лор-органов, органов желудочно-кишечного тракта, дыхательной, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы). Лечение расщелины губы и нёба — сложная, многогранная и не решенная до конца проблема. Основными принципами успешного лечения и реабилитации являются комплексный подход, этапность и последовательность выполнения хирургических вмешательств и применения консервативных методов, диспансерное наблюдение в течение 18 лет в условиях специализированного центра, четкая, отлаженная и скоординированная работа врачей различных профилей под руководством специалистов отделения детской челюстно-лицевой хирургии.

В соответствии с приказом Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (зарегистрировано в Минюсте России 18.11.2019 № 56528) данная патология является одним из критериев для установления групп инвалидности в нашей стране. Статус «ребенок-инвалид» устанавливается ребенку с расщелиной губы и нёба с момента рождения. Родители сталкиваются с рядом проблем с момента появления в семье новорожденного с патологией ЧЛО, в том числе возникают трудности с оформлением инвалидности. Такие дети нуждаются в комплексной реабилитации с привлечением специалистов, педагогов, психологов, логопедов, а также в социальной поддержке со стороны государства.

Ранняя диагностика и своевременное оперативное лечение способствуют восстановлению функционирования ЧЛО и сокращают вероятность социальной дезадаптации детей. Постоянное сотрудничество врача и родителей ребенка является неотъемлемым фактором скорейшей адаптации ребенка в обществе. Кроме того, у данной категории пациентов — детей наблюдаются различные формы нарушения речи и голосообразования, которые можно разделить на три группы: ринолалия, ринофония, дислалия. Новорожденные с данным пороком не в состоянии создать отрицательное

давление в ротовой полости, в результате чего нарушается акт сосания груди и глотания. Нарушение речи может быть и единственным функциональным признаком скрытой врожденной расщелины нёба, который выявляется в возрасте 1,5–3 лет в период активного речевого развития.

Известно, что при врожденных аномалиях развития лица и челюстей возникают грубые анатомические дефекты, обуславливающие комплекс функциональных нарушений, которые могут привести к изменениям нормального физического и психоэмоционального развития ребенка. С первых дней после рождения обнаруживается расстройство функции сосания и глотания. У ребенка с расщелиной нёба полость рта свободно сообщается с полостью носа, что делает невозможным создание герметичности в полости рта в период сосания. Ребенок не берет грудь матери, а при искусственном вскармливании легко захлебывается и может аспирировать жидкую пищу. При вдохе сообщение полостей носа и рта приводит к свободному попаданию наружного воздуха в верхние дыхательные пути. Дети привыкают дышать поверхностно, делая неглубокий вдох и слабый выдох. Поверхностное дыхание у детей младшего возраста компенсируется увеличением частоты дыхания. Однако с возрастом эта компенсация нарушается, так как поверхностное слабое дыхание приводит к недоразвитию дыхательной мускулатуры и уменьшению жизненной емкости легких. Неполюценность внешнего дыхания обуславливает восприимчивость детей к воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей и легких. Кроме того, возникают нарушения в общей костной системе, пороки развития челюстно-лицевого скелета и зубочелюстной дуги. Если во врожденную патологию кроме расщелины твердого и мягкого нёба вовлечены верхняя губа и альвеолярный отросток, то деформация или недоразвитие фрагментов челюсти приводит к аномалии прикуса.

Для ребенка семья — это среда, в которой непосредственно складываются условия его физического, психического, эмоционального, интеллектуального развития. Социальная мотивированность семьи в получении статуса инвалида для ребенка определяется множеством причин: сложности юридического оформления, жесткие требования службы МСЭ, недостаточная осведомленность о крите-

риях инвалидности медицинских специалистов. Оказывает влияние разное отношение родителей к тому, что их ребенок будет считаться инвалидом. Можно полагать, что некоторые семьи не заинтересованы в установлении инвалидности ребенку, так как это может отразиться на перспективе его жизненного маршрута. Кроме этого, не все семьи готовы пройти сложную процедуру установления инвалидности, сопровождаемую непосильными хлопотами, необходимостью неоднократных посещений бюро медико-социальной экспертизы. Стоит упомянуть сельских жителей, для которых малодоступны квалифицированные медицинские услуги, в том числе в педиатрических бюро медико-социальной экспертизы, куда родителям с ребенком-инвалидом бывает трудно добраться как по финансовым, так и по физическим причинам.

Освидетельствование детского населения в учреждении МСЭ для установления инвалидности и разработки ИПР с целью оказания максимально возможной комплексной, адресной медицинской, психолого-педагогической и социальной помощи каждому ребенку-инвалиду во многом определяется оптимальным заполнением первичной документации при направлении ребенка на МСЭ медицинской организацией.

Раздел 1

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

1.1. Основы терминологии

Термин «**дети-инвалиды**» возник в России в конце 1979 г. в ходе проведения в СССР Международного года ребенка, объявленного ООН. Тогда вышел приказ Министерства здравоохранения СССР «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов с детства в возрасте до 16 лет» от 14 декабря 1979 г. № 1265. Введенное приказом медицинское заключение стало официальным основанием для назначения органами социального обеспечения пособий для детей-инвалидов. Приказом были установлены критерии определения таких детей, основанные на нозологическом принципе перечисления болезней, которые могут привести к инвалидности. Критерии были достаточно жесткими даже в сравнении с не слишком либеральными критериями для взрослых инвалидов.

В мире, по данным Европейской академии по изучению проблем детской инвалидности, около 75% случаев тяжелых врожденных аномалий и 33% случаев прочих аномалий приводят к инвалидности. Врожденные аномалии являются причинами, приводящими к длительной инвалидизации, и определяют развитие инвалидности примерно у 7 детей из 1000.

Инвалидность (от лат. *invalidus* — слабый, немощный) понимается как постоянная или длительная, полная или частичная потеря трудоспособности вследствие болезни или увечья. Другими словами, инвалидность — это особый социальный статус льготной категории граждан, а инвалид — человек с ограничениями по здоровью. Это похожие, но разные понятия. В России инвалид — это лицо, ко-

торое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы.

К категории **детей-инвалидов** относятся дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается сроком на 1 год, 2 года, 5 лет, до достижения гражданином возраста 14 либо 18 лет.

Тяжелые нарушения здоровья и обусловленные ими стойкие ограничения роста и развития в детском возрасте, препятствующие воспитанию и обучению, приобретению навыков и усвоению знаний больным ребенком, являются основанием для установления ему инвалидности.

Сложное состояние детей-инвалидов не только нарушает их адаптацию в социуме, но также провоцирует:

- трудности с самообслуживанием;
- проблемы поведенческого характера;
- сложности с ориентацией в пространстве;
- сбои в речевом развитии и не только.

Конкретная группа таким больным не устанавливается до 18 лет. При этом статус «ребенок-инвалид» можно получить по инициативе врачей, осуществляющих наблюдение и обследование несовершеннолетнего. Если есть проблемы, соответствующие рекомендации специалистов записываются в медицинской карте пациента и в «Истории развития ребенка» (форма документа 112/у).

Категория **«инвалид с детства»**. Это понятие отличается от предыдущего тем, что уже содержит в себе причину установления статуса. То есть кроме записи «ребенок-инвалид» в отчете МСЭ указывалась причина, по которой получен статус. До января 2000 г. категорию «ребенок-инвалид» давали детям до 16 лет, затем пе-

риод увеличили до 18 лет. А уже на момент совершеннолетия гражданин должен пройти освидетельствование и получить группу. По российскому законодательству указанный статус может быть назначен в том числе при инвалидности с детства (это причина). У таких инвалидов, само собой, имеются некие преференции, доступные для реализации.

Детская инвалидность — одна из острейших медико-социальных проблем современного общества. По данным ВОЗ, 140 млн детей во всем мире являются детьми-инвалидами, у 5% новорожденных имеются врожденные аномалии развития. ВПР относятся к числу наиболее серьезных отклонений в состоянии здоровья детей и являются одной из главных причин детской инвалидности. Уровень инвалидности наряду с показателями младенческой смертности, заболеваемости, физического развития и медико-демографическими процессами является базовым индикатором состояния здоровья детского населения, отображая уровень экономического и социального благополучия страны. В Российской Федерации относительно высокие показатели детской инвалидности, по разным оценкам они составляют от 1,5–2,5 до 4,5% детской популяции. Именно поэтому профилактика инвалидности у детей является важнейшим аспектом работы по сохранению интеллектуального, трудового и репродуктивного потенциала страны.

Особого внимания заслуживает мониторинг детской инвалидности. Важность оценки данной формы инвалидности предопределяется тем, что распространенность и структура детской инвалидности — важнейшие характеристики здоровья населения территории. Их высокие показатели создают предпосылки для уменьшения трудоспособного населения территории и ставят дополнительные задачи перед системой социальной защиты.

Государственная социальная политика Российской Федерации в отношении детей-инвалидов направлена на создание достойных условий их жизни, на реализацию предоставляемых им (наравне с другими детьми) прав, свобод и возможностей, обеспечивающих надежную и эффективную интеграцию в семью и общество. Реабилитация детей-инвалидов в нашей стране представляет собой комплексную систему государственных, педагогических, медицинских,

психологических, социально-экономических, бытовых и других мероприятий. Право на бесплатную реабилитационную помощь детям-инвалидам закреплено в законодательстве о здравоохранении. Все другие формы реабилитации — психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, бытовая — имеют место наряду с медицинской и в прямой связи с ней.

В системе социальной защиты принято понятие «**первичная инвалидность**» как инвалидность, признанная в результате впервые проведенного освидетельствования граждан в бюро медико-социальной экспертизы. Следовательно, первичная инвалидность — это число лиц, впервые признанных инвалидами по социальным причинам, в том числе по заболеваемости, в БМСЭ в течение года.

Медицинская реабилитация — начальное звено в системе общей реабилитации, ибо заболевший ребенок прежде всего нуждается в медицинской помощи. По существу, между периодами лечения и медицинской реабилитации ребенка нет четкой границы.

Индивидуальная программа реабилитации — комплекс оптимальных для ребенка-инвалида реабилитационных мероприятий с определением их видов, форм, объемов, сроков и порядка реализации, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма; восстановление, компенсацию способностей к выполнению определенных видов деятельности. ИПР ребенка-инвалида включает программы медицинской, педагогической, социальной реабилитации. Объем и структура реабилитационных услуг ребенку-инвалиду в ИПР определяется с учетом медицинских, личностно-психологических и социально-педагогических факторов. Учитываются анатомо-физиологические особенности детского организма; характер течения заболевания; степень нарушений функций различных систем организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности; реабилитационные возможности. Основное место в реабилитации детей занимают такие методы, как физиотерапия, лечебная физкультура, различные виды массажа, лечебное оздоровительное плавание, закаливание.

Врожденная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и нёба ведет к нарушению развития лицевого скелета, деформации

срединной зоны лица, что, в свою очередь, грубо нарушает эстетику, фонетику, функции жевания и глотания. Это существенно влияет на качество жизни и социальную реабилитацию пациентов с подобной патологией. **Качество жизни** — объективный показатель, определяющий индивидуальную способность человека к функционированию в семье и коллективе с выполнением трудовой и общественной деятельности.

В настоящее время проблеме улучшения качества жизни детей-инвалидов и их семей уделяется большое внимание: оказывается квалифицированная медицинская помощь не только в условиях стационара, но и на дому; проводится медико-психолого-педагогическое консультирование родителей и их детей; организуются специализированные реабилитационные центры, осуществляется подготовка и обучение медицинских кадров.

Раздел 2

ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

2.1. Анатомические и функциональные нарушения у детей с расщелиной губы и нёба

Расщелина губы и нёба в связи с частотой встречаемости, тяжестью анатомических и функциональных нарушений, трудностью социальной адаптации пациентов, экономическими аспектами является одной из важнейших проблем медицины, челюстно-лицевой хирургии в частности.

С одной стороны, у пациентов данной группы имеются тяжелые анатомические и функциональные нарушения, а с другой — очевидные дефекты лица нарушают социально-психологическую адаптацию в современном обществе сначала ребенка, а затем уже и взрослого человека, не позволяя ему поддерживать адекватное качество жизни. Тяжесть порока развития губы определяется внешними проявлениями, социальной ущербностью ребенка в дошкольном и школьном коллективе, негативным психологическим фоном в семье. Расщелины губы и нёба сопровождаются рядом тяжелых соматических расстройств, приводящих к нарушению роста и развития детского организма, функций дыхания, питания, речи, мимики и слуха. Выраженность этих нарушений при расщелине губы и нёба зависит от формы, величины расщелины, возраста ребенка, сопутствующей патологии, проведенного лечения. При этом в разной степени нарушаются функции дыхания, сосания, глотания и звукообразования, что, в свою очередь, вызывает нарушения нормального функционирования многих систем организма ребенка и его общего развития. Совокупность этих факторов может зна-

чительно снижать качество его жизни и нередко приводит к пожизненной инвалидности.

Вследствие наличия сообщения между полостью рта и полостью носа, а также из-за отсутствия герметичности в полости рта у детей с расщелинами губы и нёба нарушается функция глотания:

во-первых, во время акта глотания пища забрасывается в полость носа, что создает условия для развития хронических воспалительных процессов в носоглотке (хронический ринит, гипертрофия носовых раковин, синуситы, хронический тонзиллит, евстахиит, аденоиды и др.);

во-вторых, при глотании возможна аспирация пищи в дыхательные пути, что также может привести к развитию в них воспалительных заболеваний, вплоть до аспирационной пневмонии с высоким риском летальности.

Перечисленные анатомо-физиологические особенности органов периферического артикуляционного аппарата могут спровоцировать затруднение процесса кормления (вскармливания) ребенка с расщелиной губы и нёба. Для кормления ребенка с ВПР ЧЛО родители используют специализированные соски и бутылочки NUK, Pigeon, поильник Хабермана Medela, но, во-первых, в России они дороги, во-вторых, возможен уход этих фирм с российского рынка.

Основу специализированной помощи составляет восстановительное хирургическое и ортодонтическое лечение, обеспечивающее полное устранение дефектов зубочелюстной системы у ребенка в раннем детском возрасте. В результате комплексного и многоэтапного лечения достигается устранение сложного комплекса анатомо-функциональных нарушений у детей с расщелиной губы и нёба.

Лечение и комплексная реабилитация детей с расщелиной губы и нёба в настоящее время проводится в специализированных центрах с участием врачей и медицинских работников различных специальностей. Самые важные принципы успешного лечения: выполнение основных этапов хирургического лечения в возрасте до 1 года; диспансерное наблюдение в течение 18 лет в условиях специализированного центра. Диспансерное наблюдение пациентов данной категории начинается в момент рождения, продолжается все детство и завершается в некоторых случаях в подростковом возрасте или даже позже.

Специализированную помощь предоставляют посредством сотрудничества различных специалистов, включая пластических и челюстно-лицевых хирургов, ортодонтотв, оториноларингологов, логопедов, фониастров, педиатров, генетиков, стоматологов и социальных работников. Логопедическая помощь детям с расщелиной нёба осуществляется в процессе коррекционно-логопедической работы. Основными задачами логопедической помощи являются: диагностика отклонений в речевом развитии детей; коррекция речевых нарушений; предупреждение отклонений в речевом развитии детей. Динамика речевого развития ребенка с расщелиной нёба зависит от его индивидуальных особенностей, срока начала коррекционно-логопедической работы, качества хирургического и ортодонтического лечения, активного включения родителей в коррекционный процесс.

2.2. Патологические особенности строения речевого аппарата и его функции

Речь — важное условие и средство коммуникации, обеспечивающее социальное взаимодействие между детьми: контакты, общение, обмен информацией. Диагностика речевых нарушений, раннее выявление отставания в речевом развитии на сегодняшний день по-прежнему остаются актуальной проблемой. Одним из важных моментов реабилитации детей-инвалидов с расщелиной губы и нёба является восстановление речи.

При данной патологии развивается тяжелое речевое расстройство — ринолалия, при котором страдают все стороны речи: дыхание, голос, наблюдаются изменения в мышцах глотки, ротовой полости и лица, развивается патологическая артикуляция, нарушается фонематический слух, искажается слуховое восприятие.

Открытая ринолалия, обусловленная расщелинами губы и нёба, представляет собой проблему как для логопедии, так и для целого ряда наук медицинского цикла.

Дислалия — нарушение звукопроизношения, обусловленное нарушениями в строении костного и мышечного отделов периферического речевого аппарата.

Детям с расщелиной губы и нёба до операции проводятся такие мероприятия, как:

- артикуляционная гимнастика;
- дыхательная гимнастика;
- логопедический массаж (пальцевой массаж фрагментов твердого нёба и вибрационный массаж мягкого нёба).

Логопедические занятия по коррекции открытой органической ринолалии проводят как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде.

2.3. Речевой паспорт ребенка

Для решения проблемы с речью у таких детей Токаревым П. В. и соавт. разработан и адаптирован для врачей, логопедов речевой паспорт ребенка, который позволяет узнать состояние его развития с логопедической стороны и при нарушении каких-либо функций начать их коррекцию в ранние сроки, что, по наблюдениям авторов, приводит к положительным результатам в 70–80% случаев. Речевой паспорт является связующим звеном между врачом и логопедом, что значительно улучшает эффективность работы.

Речевой паспорт содержит:

- сведения о ребенке и его семье, анамнез, диагнозы (в том числе подробности протекания родов, беременности, особенности грудного вскармливания);
- описание особенностей строения артикуляционного аппарата (характеристики развития и формирования нёба, уздечек, языка, прикуса);
- общее описание речи (тембр голоса, звучание, интонации);
- особенности произношения ребенком сложных звуков в начале, середине и конце слов, а также данные, касающиеся оценки общего словарного запаса, психомоторного, физического и познавательного развития ребенка.

Для выбора оптимального метода коррекционной работы основными этапами являются обследование и диагностика речевого

нарушения ребенка. Введение во врачебно-логопедическую работу речевого паспорта поможет значительно ускорить и облегчить этот этап. Кроме данных анамнеза, который позволяет в определенной мере узнать соматический и психоневрологический статусы ребенка, социально-психологическую обстановку, в которой он воспитывается, в речевом паспорте представлены другие данные, необходимые для полноценной совместной работы врача и логопеда.

Необходимость регулярного заполнения речевого паспорта ребенка обусловлена важностью фиксации в одном месте всей работы логопеда, исходных данных, результатов первого обследования, динамики речевого развития и конечного результата. Речевой паспорт предполагает мультидисциплинарный подход к ребенку, выявление и лечебно-реабилитационную помощь, а также он является связующим звеном между здравоохранением, логопедией и педагогикой. Заполнять речевой паспорт на различных этапах лечения и реабилитации ребенка могут как педиатр, невролог, челюстно-лицевой хирург, ортодонт, так и логопед, логопед-дефектолог.

Основной принцип хирургического лечения пациентов с расщелиной губы и нёба — раннее восстановление анатомической формы и создание условий для нормального приема пищи, дыхания и речи. Раннее хирургическое лечение способствует раннему восстановлению речи, улучшению состояния лор-органов в плане их раннего оздоровления. Но не всегда показано раннее хирургическое вмешательство по устранению расщелины нёба, так как есть опасность спровоцировать развитие вторичных послеоперационных деформаций, которые в более старшем возрасте потребуют травматичных и объемных вмешательств по их устранению. Кроме того, не всегда при выполнении первичных операций есть возможность устранить все анатомические нарушения (например, сопутствующую деформацию носа) у пациентов с расщелиной верхней губы ввиду опасности нарушения зон роста. Поэтому необходим персонализированный подход в лечении пациентов данной группы.

Врачебная и педагогическая тактика должна предусматривать по возможности медико-социальную комплексную реабилитацию детей до их поступления в школу.

Основные периоды активного наблюдения за ребенком с расщелиной губы и нёба, объем наблюдений и специалисты, осуществляющие эти наблюдения, представлены в таблице 1.

Расщелина губы и нёба и причины ее возникновения досконально изучаются междисциплинарной бригадой специалистов различного профиля. Кроме основных специалистов (хирурга, ортодонта, оториноларинголога, логопеда) огромное внимание проблеме уделяют физиологи, невропатологи, психологи, лингвисты. Особенно важно, что каждый специалист рассматривает основную патологию и ее осложнения под определенным углом зрения в соответствии с задачами и средствами своей науки.

Таблица 1

Основные периоды активного наблюдения за ребенком с расщелиной губы и нёба

Врач-специалист	Периоды активного наблюдения	Объем активного наблюдения
Педиатр	Период новорожденности, первый год жизни, 1,5–4 года, 6–7 лет, 9–12 лет, систематическое наблюдение до снятия с диспансерного учета	Организация дифференцированного врачебного наблюдения; контроль показателей физического развития ребенка; контроль за условиями жизни ребенка, питанием и уходом (социальные условия, вскармливание, соблюдение режима дня и гигиенического режима, грамотность персонала и родителей, их желание заниматься воспитанием ребенка); планирование основных путей оздоровления ребенка; профилактика рахита, гипотрофии, анемии, инфекционных заболеваний, обострения сопутствующей соматической патологии; подготовка к операции, консультирование и в случае необходимости лечение у смежных специалистов; заполнение истории развития ребенка с данными обследования и заключениями консультантов; оформление этапных и послеоперационных эпикризов; обеспечение восстановительного лечения в послеоперационном периоде

Врач-специалист	Периоды активного наблюдения	Объем активного наблюдения
Хирург-стоматолог	Период новорожденности, первый год жизни, 1,5–4 года, 6–7 лет, 9–12 лет, систематическое наблюдение до снятия с диспансерного учета	Хирургическое лечение в сроки, определяемые характером врожденного порока; хирургическая коррекция вторичных дефектов и деформаций; сопоставление и анализ данных осмотра другими специалистами; непосредственный и постоянный контакт с родителями; динамическое наблюдение за детьми для анализа результатов лечения и последовательного изменения применяемых методик; коррекция и анализ результатов комплексного лечения и учет эффективности реабилитации; разработка и совершенствование форм и методов санитарно-просветительной работы; совершенствование системы диспансеризации; координация работы всех специалистов, задействованных в лечении и реабилитации ребенка с данной патологией
Ортодонт	Период новорожденности, до и после операции, период смены прикуса, систематическое наблюдение до полного формирования постоянного прикуса	Обеспечение полноценного кормления ребенка; пред- и послеоперационное ортодонтическое лечение; предупреждение и лечение вторичных деформаций зубочелюстной системы; восстановление зубного ряда
Логопед	1–2 года, 4–5 лет, 7–13 лет	Логопедическое лечение до и после ураностафилопластики; тренировка мышечного каркаса мягкого нёба, стенки глотки; развитие речевого дыхания; пред- и послеоперационное логопедическое лечение; развитие фонематического слуха; формирование связной речи
Терапевт-стоматолог	С момента появления молочных зубов	Плановая санация полости рта (с учетом декомпенсации кариеса и не менее двух раз в год); лечение зубов в предоперационный период

Врач-специалист	Периоды активного наблюдения	Объем активного наблюдения
Оториноларинголог	Дошкольный период; периоды, предшествующие плановым операциям; по мере необходимости до снятия с учета	Консервативное или хирургическое лечение заболеваний лор-органов; контроль слуха; обеспечение своевременного проведения плановых операций
Врач ЛФК	1–12 месяцев; периоды, предшествующие плановым операциям; 4–5 лет; 7–13 лет; по мере необходимости до снятия с учета	Разработка соответствующей состоянию ребенка программы ЛФК, которая должна учитывать степень отставания физического, моторного и психического развития, наличие сопутствующих заболеваний, сочетанность патологических поражений органов; систематическое длительное проведение ЛФК с применением специальных приемов массажа и упражнений для мышц челюстно-лицевой области, улучшения функции органов дыхания ребенка; обучение родителей основам гигиенического режима закаливания, основным приемам массажа и индивидуально подобранным для ребенка упражнениям
Психоневролог	4–6 лет (период формирования осознанной речи), на всех этапах психосоциального развития ребенка до снятия с учета	Медико-педагогические реабилитационные мероприятия; медикаментозная корригирующая терапия; психотерапия
Генетик	Период новорожденности, период полового созревания, вступление в брак	Установление диагноза и типа наследственной передачи (при наличии таковой); прогнозирование степени риска рождения у человека или членов его семьи детей с расщелиной губы и нёба

Пациентам с ВПР ЧАО предстоит выполнить многоэтапный план реабилитационных мероприятий. С медицинской стороны эти меры должны обеспечить максимально полное восстановление

ние анатомической целостности структуры поврежденных органов и правильное функционирование органов ЧЛО (также очень важен этап ортодонтической коррекции зубных рядов).

С педагогической стороны необходимо обеспечить поддержку развития речевого аппарата ребенка за счет занятий с логопедом во время периодов наблюдения между этапами хирургического лечения.

Психологическая поддержка ребенка с врожденной патологией, начатая еще в раннем возрасте, обеспечивает высокий уровень его социализации в будущем.

Раздел 3

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ

3.1. Признание лица инвалидом

С 1 июля 2022 г. направление на медико-социальную экспертизу оформляется только медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы в соответствии с решением врачебной комиссии медицинской организации при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с письменного согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление на МСЭ и ее проведение.

Медико-социальная экспертиза — это признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается дата поступления в бюро направления на МСЭ (дата заявления гражданина о проведении МСЭ).

Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной МСЭ гражданина (переоценивание).

Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением МСЭ. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Для установления инвалидности необходимо пройти МСЭ (ст. 7, 8 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ [далее — Закон № 181-ФЗ]).

Независимо от физиологических показателей гражданина (проблема слуха, зрения) порядок установления инвалидности один и тот же.

Гражданин **направляется на МСЭ** медицинской организацией независимо от ее организационно-правовой формы с письменного согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя).

Форма согласия гражданина на направление на МСЭ утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации.

Медицинская организация направляет гражданина на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Основанием для признания ребенка инвалидом является решение о признании инвалидом, которое принимается по результатам МСЭ.

Установление ребенку, не достигшему 18 лет, группы инвалидности

В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций организма, возникших в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом,

устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет — категория «ребенок-инвалид».

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается сроком на 1 год, 2 года, 5 лет, до достижения гражданином возраста 14 либо 18 лет.

Категория «ребенок-инвалид» сроком на 2 года устанавливается гражданам, имеющим стойкие выраженные и значительно выраженные нарушения функций организма, обусловленные заболеваниями, дефектами, необратимыми морфологическими изменениями, нарушениями функций органов и систем организма, не включенными в приложение к Правилам признания лица инвалидом, утвержденным постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 (с изменениями от 24 января 2023 г.) (далее — Правила № 588).

Категория «ребенок-инвалид» сроком на 5 лет, до достижения возраста 14 либо 18 лет устанавливается гражданам, имеющим заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма, предусмотренные разделами I, II и III приложения к Правилам № 588.

Категория «ребенок-инвалид» сроком на 5 лет устанавливается при врожденных, наследственных пороках развития челюстно-лицевой области со стойкими выраженными и значительно выраженными нарушениями функций пищеварительной системы, нарушениями языковой и речевой функций в период проведения многоэтапных сложных видов реабилитации, в том числе при первичном освидетельствовании детей с врожденной полной расщелиной губы, твердого и мягкого нёба.

3.2. Порядок оформления инвалидности (алгоритм)

Шаг 1. Решение врачебной комиссии

Принятие решения врачебной комиссией медицинской организации о направлении гражданина на МСЭ и о проведении медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения МСЭ, осуществляется не позднее 30 рабочих дней со дня принятия

решения врачебной комиссией медицинской организации о подготовке такого направления.

Обратите внимание! По новым правилам отделение Пенсионного фонда или орган социальной защиты населения уже не смогут оформлять такие направления!

Выписка из протокола решения врачебной комиссии о направлении на МСЭ и само направление выдаются по запросу пациенту (или его законному представителю) на бумажном носителе.

Обратите внимание: с 1 февраля 2023 г. выписку можно получить не только на бумаге, но и в электронной форме на портале «Госуслуги».

Если медицинская организация отказывается дать пациенту направление на МСЭ, ему выдается заключение врачебной комиссии об отказе.

Пациент (или его законный представитель) вправе подать жалобу на решение врачебной комиссии медицинской организации:

- в орган-учредитель, которому подчиняется данная медицинская организация (это можно понять из полного названия учреждения). Это может быть минздрав региона, местная администрация, Минздрав России;
- в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), если медицинская организация относится к государственной, муниципальной или частной системе здравоохранения на территории субъекта РФ;
- в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, если медицинская организация относится к системе здравоохранения федерального уровня.

Справку, на основании которой пациент (или его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно, с 1 июля 2022 г. не выдают.

Шаг 2. Согласие на направление на экспертизу и ее проведение

В медицинской организации пациент (или его законный представитель) подписывает согласие на направление на экспертизу и ее проведение. Теперь это единый документ. С 1 февраля 2023 г. такое согласие можно будет подать через портал «Госуслуги».

При этом пациент указывает предпочтительную форму проведения экспертизы:

- ✓ с его личным присутствием (очно) или
- ✓ без личного присутствия (заочно).

Данные, которые изучает МСЭ, если экспертиза проводится в заочной форме:

- имеющиеся в направлении данные о состоянии здоровья;
- сведения о результатах проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий;
- сведения о результатах медицинских обследований.

Шаг 3. Подготовка необходимых для проведения МСЭ документов

На проведение медицинских обследований, необходимых для МСЭ, теперь отводится не более 30 рабочих дней со дня принятия врачебной комиссией медицинской организации решения о подготовке такого направления. Раньше ограничения срока не было.

Если в медицинской организации затягивают проведение обследований, то можно направить жалобу на имя главного врача, в министерство или департамент здравоохранения региона, в территориальный орган Росздравнадзора.

Для прохождения МСЭ в общем случае потребуются следующие документы (пп. 27, 33, 35–37, 40 Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минтруда России от 30.12.2020 № 979н [далее — Порядок № 979н]; п. 4 Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвер-

жденных постановлением Правительства РФ от 16.10.2000 № 789 [далее — Правила № 789]):

- 1) письменное согласие гражданина (его законного представителя) на проведение МСЭ (не требуется в случае проведения МСЭ заочно);
- 2) направление на МСЭ, выданное лечащим врачом;
- 3) документ, удостоверяющий личность гражданина (для детей младше 14 лет — свидетельство о рождении, для детей старше 14 лет — паспорт);
- 4) документы, удостоверяющие личность, место жительства и полномочия законного представителя гражданина (при обращении через представителя);
- 5) справка об отказе в направлении на МСЭ;
- 6) заявление о проведении МСЭ (если, например, выдана справка об отказе в направлении на МСЭ);
- 7) страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета;
- 8) документы, необходимые для установления причины инвалидности;
- 9) документы для определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания:
 - акт о несчастном случае на производстве, или акт о случае профессионального заболевания, или заключение, в частности госинспектора по охране труда, о причинах повреждения здоровья, или медицинское заключение о профессиональном заболевании, выданные в соответствии с порядком, действовавшим до 06.01.2000, либо решение суда об установлении факта несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;
 - сведения о трудовой деятельности и стаже работы либо трудовая книжка (при ее наличии), если гражданин не работает;
 - сведения о результатах специальной оценки условий труда пострадавшего в результате несчастного случая на про-

- изводстве и профессионального заболевания (представляются работодателем (страхователем) либо страховщиком);
- 10) заключение врачебной комиссии медицинской организации, подтверждающее, что по состоянию здоровья гражданин не может явиться в бюро МСЭ, в связи с чем МСЭ необходимо провести на дому.

Родители (законные представители) ребенка с расщелиной губы и нёба (коды МКБ-10 Q35 — Q37) на основании приказа Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинично-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» обязаны предоставить перечень основных и дополнительных медицинских обследований (прием (осмотр, консультация) врача-специалиста, медицинского психолога, лабораторные, инструментальные, функциональные методы исследования) (таблица 2).

Таблица 2

Перечень основных и дополнительных медицинских обследований

Перечень основных медицинских обследований и сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований и сроки давности, которые они не должны превышать
Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)	Медико-логопедическое исследование при дисфагии (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)
Прием (осмотр, консультация) врача — челюстно-лицевого хирурга первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)	Прием (осмотр, консультация) врача — детского кардиолога первичный при наличии кардиальных симптомов, при патологии сердечно-сосудистой системы (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)

Перечень основных медицинских обследований и сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований и сроки давности, которые они не должны превышать
Медико-логопедическое исследование при дизартрии (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при патологии мочевыделительной системы
Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)	Прием (осмотр, консультация) врача — акушера-гинеколога первичный (для лиц женского пола) (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при репродуктивной патологии
Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный (действительно бессрочно)	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при патологии зубов
Общий (клинический) анализ крови развернутый (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)	Прием (осмотр, консультация) врача — детского эндокринолога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при болезнях эндокринной системы
Анализ крови биохимический общетерапевтический (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского участкового первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) или прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)

Перечень основных медицинских обследований и сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований и сроки давности, которые они не должны превышать
Общий (клинический) анализ мочи (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) для лиц 15 лет и старше или прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового участкового первичный для лиц 15 лет и старше при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)
Регистрация электрокардиограммы (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении). Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный при наличии психических расстройств или расстройств поведения (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)
Измерение роста (действительно 1 год)	Медико-логопедическое исследование при дисфагии и дизартрии (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении)
Измерение массы тела (действительно 180 календарных дней)	Магнитно-резонансная томография спинного мозга (один отдел) при поражении спинного мозга (действительно 180 календарных дней при первичном направлении, 1 год при повторном направлении)

Перечень основных медицинских обследований и сроки давности, которые они не должны превышать	Перечень дополнительных медицинских обследований и сроки давности, которые они не должны превышать
Исследование клеток крови для определения кариотипа методом дифференциальной окраски хромосом при различных генетических нарушениях (действительно бессрочно)	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при заболеваниях нервной системы
	Прием (осмотр, консультация) врача — травматолога-ортопеда первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при наличии ортопедической патологии
	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при патологии органов пищеварения
	Прием (осмотр, консультация) врача — детского уролога-андролога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при патологии мочеполовой системы у лиц мужского пола
	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (действительно 90 календарных дней при первичном направлении, 120 календарных дней при повторном направлении) при офтальмологической патологии

Шаг 4. Подача направления в МСЭ

Медицинская организация формирует направление в информационной системе и передает в бюро МСЭ в форме электронного документа в течение трех рабочих дней.

Если у медицинской организации нет доступа к информационной системе, то до 1 июня 2023 г. она может сделать направление на бумаге.

Если человек признан нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, медицинская организация обязана направить его на МСЭ в течение одного рабочего дня со дня получения результатов медицинских обследований. То есть в случае когда все необходимые результаты получены, медицинская организация не имеет права тянуть с передачей направления в бюро.

Для получения дубликата справки об установлении инвалидности или получения новой справки при изменении паспортных данных инвалида (ребенка-инвалида) оформлять направление на МСЭ не нужно. В этих случаях нужно подать заявление в бюро МСЭ лично или через портал «Госуслуги».

Шаг 5. Прохождение МСЭ и получение решения

МСЭ может проводиться (п. 59 Порядка № 979н):

- 1) в бюро МСЭ по месту жительства (месту пребывания), месту нахождения пенсионного дела, если вы выехали на постоянное жительство за пределы РФ;
- 2) на дому, если нет возможности явиться в бюро МСЭ по состоянию здоровья (при наличии заключения врачебной комиссии медицинской организации);
- 3) в медицинской организации, оказывающей ребенку помощь в стационарных условиях;
- 4) в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме;
- 5) в исправительном учреждении;
- 6) заочно (например, в случае отсутствия положительных результатов реабилитационных или абилитационных мероприятий, проведенных в отношении инвалида).

МСЭ проводится **бесплатно** (п. 47 Порядка № 979н).

Решение о признании инвалидом либо об отказе в признании инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших МСЭ, и объявляется непосредственно после проведения МСЭ в присутствии данных специалистов, которые при необходимости дают разъяснения по содержанию решения (пп. 74–76 Порядка № 979н).

В случае оказания услуги по проведению МСЭ заочно решение и необходимые разъяснения могут быть оформлены по вашему желанию в форме электронного документа или на бумажном носителе (п. 77 Порядка № 979н).

При проведении МСЭ ведется протокол и составляется акт. Акт, протокол и индивидуальная программа реабилитации или абилитации формируются в личное дело и хранятся в архиве МСЭ. Заверенные копии акта и протокола можно получить на бумажном носителе или в электронном виде (через Единый портал государственных услуг). Для этого необходимо подать в бюро МСЭ заявление. В том числе его можно направить в электронной форме (пп. 80, 99 Порядка № 979н).

В случае признания ребенка инвалидом устанавливается причина (одна из причин) инвалидности. Например, такая причина инвалидности, как «трудовое увечье», устанавливается, если инвалидность наступила вследствие нарушения здоровья в связи с несчастным случаем на производстве (как по прямым последствиям такого случая, так и по различным его осложнениям и последствиям) (пп. 2, 5, 20 Приложения к приказу Минтруда России от 28.11.2019 № 742н).

При отсутствии документов, необходимых для установления причины инвалидности, в качестве такой причины указывается общее заболевание. При последующем представлении данных документов причина инвалидности изменяется без дополнительного освидетельствования инвалида (п. 3 Приложения к приказу Минтруда России № 742н).

Если при подаче документов выясняется, что направление не содержит достаточных данных о результатах проведения полного объема медицинских обследований, то вот какие действия должно предпринять бюро МСЭ:

- в течение трех рабочих дней со дня получения направления передать его обратно в медицинскую организацию;
- в срок, не превышающий одного рабочего дня, уведомить пациента (или его законного представителя) о возврате: по телефону, в виде СМС или заказным почтовым отправлением;

- направить соответствующее уведомление в личный кабинет пациента на портале «Госуслуги».

Медицинская организация в течение 14 рабочих дней со дня поступления возвращенного направления дополняет его сведениями о результатах медицинских обследований, в случае необходимости проводит их, а потом вновь передает направление в бюро, обязательно уведомляя об этом пациента (или его законного представителя).

Если медицинская организация решает провести пациенту дополнительные обследования, то она обязана направить ему соответствующее уведомление, в том числе расписание приема врачей-специалистов.

Согласно пункту 4 Правил признания лица инвалидом специалисты бюро обязаны ознакомить вас с порядком и условиями признания гражданина инвалидом и дать разъяснения по вопросам установления инвалидности. Если они говорят, что «ничего объяснять не должны», вы можете подать жалобу руководителю бюро и в Министерство труда и соцзащиты населения РФ.

Если у вас возникли вопросы о прохождении экспертизы, вы можете задать их на горячей линии Федерального бюро МСЭ по вопросам инвалидности +7 499 550 09 91 или в электронной форме через сайт ФБ МСЭ.

Шаг 6. Получение справки об инвалидности и ИПРА

Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, может быть выдана на руки или направлена заказным почтовым отправлением. ИПРА с 01.01.2021 формируется только в форме электронного документа. Однако по вашему желанию она может быть предоставлена на бумажном носителе либо направлена заказным почтовым отправлением. При подаче заявления о проведении МСЭ в электронной форме через Единый портал государственных услуг ИПРА направляется в личный кабинет на этом портале. При этом в случае направления справки или ИПРА по почте должны быть соблюдены требования законодательства о персональных данных

(абз. 4, 5, 7 п. 10 Порядка, утвержденного приказом Минтруда России от 13.06.2017 № 486н; пп. 83, 87 Порядка № 979н).

В случае отказа в признании ребенка инвалидом родители вправе получить справку о результатах МСЭ на бумажном носителе и (или) в форме электронного документа (п. 84 Порядка № 979н).

3.3. Порядок переосвидетельствования инвалида

Переосвидетельствование инвалида (ребенка-инвалида) проводится в порядке, предусмотренном разделами I–IV Правил № 588.

Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится один раз в два года, инвалидов II и III групп — один раз в год, а детей-инвалидов — один раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид». Переосвидетельствование инвалида (ребенка-инвалида) может осуществляться заблаговременно, но не более чем за два месяца до истечения установленного срока инвалидности.

Раздел 4

ОБЖАЛОВАНИЕ РЕШЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

4.1. Процедура обжалования решений медико-социальной экспертизы

Если родитель (законный представитель) не согласен с решением МСЭ, он может обжаловать решение в течение месяца с момента проведения экспертизы. Для этого нужно обратиться в бюро, проводившее МСЭ, либо в главное бюро в письменной форме на бумажном носителе или в электронном виде с использованием портала «Госуслуги».

Существует два способа обжалования решения МСЭ в части установления инвалидности или степени утраты профессиональной трудоспособности: **внесудебный** и **судебный**. Выбор способа обжалования зависит от вашего усмотрения и от типа бюро МСЭ, решение которого будет обжаловаться: бюро МСЭ, главное бюро МСЭ или Федеральное бюро МСЭ (далее соответственно бюро, главное бюро или Федеральное бюро).

Так, решение Федерального бюро можно обжаловать только в суде (раздел IV Правил № 789; п. 102 Порядка № 979н).

4.2. Обжалование во внесудебном порядке решения бюро или главного бюро (алгоритм)

Шаг 1. Составьте письменное заявление (жалобу)

Составить такое заявление (в письменной форме на бумажном носителе или в электронном виде) вправе гражданин, в отношении

которого проводилась МСЭ, или его законный или уполномоченный представитель.

В заявлении рекомендуем указать следующее:

- 1) наименование бюро, которому адресовано заявление (жалоба);
- 2) сведения о заявителе: фамилия, имя, отчество (при наличии), место жительства, номер телефона, адрес электронной почты (при наличии) и почтовый адрес;
- 3) сведения об обжалуемом решении бюро или главного бюро;
- 4) доводы, на основании которых заявитель не согласен с решением МСЭ или действиями его должностных лиц.

Если жалобу подает представитель лица, в отношении которого проводилась МСЭ, к ней нужно приложить доверенность.

Шаг 2. Подайте заявление об обжаловании в соответствующее бюро

Срок для обжалования решений бюро и главного бюро — один месяц с момента принятия спорного решения.

Заявление об обжаловании решения бюро подается либо в бюро, проводившее МСЭ, либо в главное бюро соответствующего субъекта РФ. При этом заявление можно подать в письменной форме на бумажном носителе или в электронном виде через Единый портал государственных услуг.

Заявление об обжаловании решения главного бюро подается либо в главное бюро, проводившее МСЭ, либо в Федеральное бюро (подп. «г» п. 36 Порядка, утвержденного приказом Минтруда России от 05.03.2021 № 106н [далее — Порядок № 106н]).

Шаг 3. Повторно пройдите МСЭ

В течение месяца со дня поступления заявления главное бюро (или Федеральное бюро) должно провести повторную МСЭ и на основании полученных результатов вынести решение по жалобе.

В случае обжалования решения главного бюро главный эксперт по МСЭ по соответствующему субъекту РФ с согласия гражданина может поручить проведение его МСЭ другому составу специалистов главного бюро (п. 35 Порядка № 106н).

С учетом существующей судебной практики споры об обжаловании решений МСЭ, как правило, рассматриваются судами на осно-

вании норм гражданско-процессуального законодательства (Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 22.01.2018 № 39-КГ17–13; Апелляционное определение Московского городского суда от 20.08.2019 по делу № 33а-4660/2019).

4.3. Обжалование решения соответствующего бюро в суде (алгоритм)

Шаг 1. Составьте исковое заявление об оспаривании решения соответствующего бюро и подготовьте необходимые документы

В исковом заявлении вы можете дополнительно предъявить требование о компенсации морального вреда, которая может быть взыскана при условии удовлетворения основного требования искового заявления.

В исковом заявлении об оспаривании решения бюро (главного бюро или Федерального бюро) следует указать (ч. 2 ст. 131 ГПК РФ):

- 1) наименование суда, в который подается заявление;
- 2) сведения об истце: фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), дату и место рождения, место жительства или место пребывания и один из идентификаторов (в частности, СНИЛС или ИНН), а также по желанию контактный телефон и адрес электронной почты. Если исковое заявление подается представителем, указываются также установленные сведения о нем;
- 3) сведения об ответчике, в частности наименование и адрес бюро, главного бюро, Федерального бюро;
- 4) в чем заключается нарушение либо угроза нарушения прав или законных интересов истца и его требование;
- 5) обстоятельства, на которых основаны требования, и доказательства, подтверждающие эти обстоятельства;
- 6) сведения о предпринятых стороной (сторонами) действиях, направленных на примирение, если такие действия предпринимались;
- 7) перечень прилагаемых к заявлению документов.

К исковому заявлению нужно приложить (ст. 132 ГПК РФ):

- 1) документы, подтверждающие полномочия представителя;
- 2) документы, подтверждающие обстоятельства, на которых истец основывает свои требования;
- 3) уведомление о вручении или иные документы, подтверждающие направление другим лицам, участвующим в деле, копий искового заявления и приложенных к нему документов, которые у данных лиц отсутствуют (в том числе в случае подачи искового заявления и соответствующих документов в электронном виде);
- 4) документы, подтверждающие совершение стороной (сторонами) действий, направленных на примирение, если такие действия предпринимались и соответствующие документы имеются;
- 5) документ, подтверждающий уплату госпошлины или право на получение льготы по ее уплате, либо ходатайство о предоставлении отсрочки, рассрочки, об уменьшении размера госпошлины или об освобождении от ее уплаты.

Справка. Размер госпошлины

Размер госпошлины за подачу искового заявления неимущественного характера составляет 300 руб. Если в заявлении также предъявляется требование о компенсации морального вреда, дополнительно уплачивается госпошлина в размере 300 руб. (подп. 3 п. 1 ст. 333.19 НК РФ; п. 10 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.1994 № 10; апелляционное определение Московского городского суда от 30.11.2016 по делу № 33–48438/2016).

Шаг 2. Подайте исковое заявление вместе с комплектом документов в суд

Исковое заявление подается в суд по адресу бюро МСЭ. Судья в течение пяти дней со дня поступления заявления в суд обязан рассмотреть вопрос о принятии его к производству, о чем выносится соответствующее определение (ст. 28, 133 ГПК РФ).

Исковое заявление и документы к нему могут быть поданы в суд на бумажном носителе или, при наличии в суде технической возможности, в электронном виде в установленном порядке (ч. 1.1 ст. 3, ч. 1.1 ст. 35, ч. 1 ст. 131 ГПК РФ; ч. 2 ст. 7 Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 30.12.2021 № 440-ФЗ [далее — Закон № 440-ФЗ]).

Шаг 3. Примите участие в судебном заседании и получите решение суда

По общему правилу суд должен рассмотреть заявление до истечения двух месяцев со дня поступления заявления в суд (ч. 1, 6 ст. 154 ГПК РФ).

При наличии в суде технической возможности допускается участие в судебном заседании путем использования систем видео-конференц-связи или веб-конференции (кроме закрытого судебного заседания (ч. 6 ст. 10, ч. 1 ст. 155.1, п. 2 ч. 2 ст. 155.2 ГПК РФ)).

По результатам рассмотрения искового заявления суд выносит решение (об удовлетворении полностью или в части заявленных требований либо об отказе в удовлетворении исковых требований).

Решение суда вступает в законную силу по истечении срока на апелляционное обжалование, если оно не было обжаловано. При этом срок для подачи апелляционной жалобы составляет месяц со дня принятия решения суда в окончательной форме (ч. 1 ст. 209, ч. 2 ст. 321 ГПК РФ).

В общем случае копия решения суда вручается под расписку или направляется не позднее чем через пять дней после дня его принятия и (или) составления (ч. 1 ст. 214 ГПК РФ).

При наличии в суде технической возможности возможно направление решения (его копии) в электронном виде, в том числе в форме электронного документа, в установленном порядке (ч. 1 ст. 35, ч. 1, 2 ст. 214 ГПК РФ; ч. 2 ст. 7 Закона № 440-ФЗ).

4.4. Льготы, предоставляемые семьям, имеющим детей-инвалидов

Ребенком-инвалидом является инвалид в возрасте до 18 лет. Социальные льготы и гарантии детям-инвалидам устанавливаются, в частности, законодательством субъектов РФ (ст. 1, 3 Закона № 181-ФЗ).

Детям-инвалидам предоставляются гарантии в сфере образования, обеспечения продуктами и лекарствами, санаторно-курортного обеспечения, ЖКХ, транспортного обслуживания. Также они имеют право на некоторые денежные выплаты и налоговые льготы (таблица 3).

Родители детей-инвалидов имеют право на ежемесячные выплаты в связи с уходом за ними, стандартный налоговый вычет в повышенном размере, четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, включение периода ухода за ребенком в страховой стаж.

Обратите внимание! Для получения гражданами сведений о мерах соцзащиты разработаны специальные информационные системы, предполагающие предоставление информации, в частности через Единый портал государственных услуг (ст. 5.2 Федерального закона «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 № 178-ФЗ [далее — Закон № 178-ФЗ]; пп. 1, 10, 18 Правил, утвержденных постановлением Правительства РФ от 03.12.2020 № 1994; Перечень, утвержденный приказом Минтруда России от 16.11.2021 № 805н).

Таблица 3

Перечень льгот и гарантий

Сферы предоставления	Перечень
Трудовые отношения	<p>Работающим родителям детей-инвалидов предоставляются, в частности, следующие гарантии (ч. 2 ст. 93, ч. 5 ст. 96, ч. 2, 3 ст. 259, ч. 4 ст. 261, ст. 262, 262.1, 263 ТК РФ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • право на установление режима неполного рабочего времени, если ребенку-инвалиду не исполнилось 18 лет; • право отказаться от служебной командировки, от привлечения к сверхурочной работе, к работе в ночное время, в выходные и нерабочие праздничные дни; • право на четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц; • запрет на расторжение трудового договора по инициативе работодателя (за исключением увольнения по отдельным основаниям) с одинокой матерью, воспитывающей ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, или с родителем, который является единственным кормильцем ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет; • предоставление ежегодного оплачиваемого отпуска в удобное время; • установление коллективным договором права на ежегодные дополнительные отпуска без сохранения заработной платы продолжительностью до 14 календарных дней
Сфера обеспечения продуктами питания и лекарственными средствами	<p>Для детей-инвалидов предусмотрены, в частности (п. 9 ст. 6.1, п. 1 ч. 1 ст. 6.2 Закона № 178-ФЗ; постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890; распоряжение Правительства РФ от 10.12.2021 № 3525-р; ст. 12, ч. 4, 5 ст. 30 Закона г. Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве» [далее — Закон г. Москвы № 60]):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) бесплатное обеспечение лекарственными средствами в установленном объеме; 2) ежемесячная денежная выплата на возмещение расходов в связи с ростом стоимости продуктов питания на детей до трех лет; 3) бесплатное обеспечение продуктами детского питания, в том числе продуктами лечебного питания

Сферы предоставления	Перечень
Сфера санаторно-курортного обеспечения	<p>Дети-инвалиды имеют право на получение путевки на санаторно-курортное лечение, а также на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте и междугородном транспорте к месту лечения и обратно. Вторая путевка и право на бесплатный проезд предоставляются сопровождающему лицу. Длительность санаторно-курортного лечения составляет 21 день (п. 9 ст. 6.1, ст. 6.2 Закона № 178-ФЗ).</p> <p>Также дети-инвалиды имеют право на путевку для отдыха и оздоровления как дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации (п. 3.1.3 Порядка, утвержденного постановлением правительства Москвы от 22.02.2017 № 56-ПП)</p>
Гарантии в сфере транспортного обслуживания	<p>В данной сфере предоставляются, в частности, следующие гарантии (ч. 3 ст. 30, ст. 32.1 Закона г. Москвы № 60; подп. 2.2 п. 2, п. 12 (1) постановления правительства Москвы от 17.05.2013 № 289-ПП; п. 1 Соглашения между правительством Москвы и правительством Московской области от 13.09.2021 № 77–1327; пп. 1.10, 2.8 Приложения 1 к Соглашению № 77–1327):</p> <p>1) бесплатный проезд (с использованием социальной карты москвича) на всех видах городского пассажирского транспорта (кроме такси и маршрутного такси) в г. Москве, а также на автомобильном и городском наземном электрическом транспорте Московской области (автобус, трамвай, троллейбус) по маршрутам регулярных перевозок по регулируемым тарифам — для детей-инвалидов и их родителей, имеющих место жительства в г. Москве;</p> <p>2) бесплатное размещение транспортных средств, управляемых инвалидами либо перевозящих инвалидов и (или) детей-инвалидов, на платных городских парковках г. Москвы (за исключением плоскостных парковок закрытого типа) на местах для инвалидов. При этом соответствующая информация должна быть в федеральном реестре инвалидов и транспортные средства должны иметь опознавательный знак «Инвалид». Отметим также, что инвалидам (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, или их законным представителям предоставляется компенсация в размере 50% от уплаченной ими страховой премии по договору ОСАГО (при условии использования транспортного средства лицом, имеющим право на компенсацию, и наряду с ним не более чем двумя водителями) (п. 1 ст. 17 Федерального закона от 25.04.2002 № 40-ФЗ)</p>

Сферы предоставления	Перечень
<p>Обеспечение жильем и гарантии в сфере жилищно-коммунального хозяйства</p>	<p>Детям-инвалидам и семьям с детьми-инвалидами предоставляются, в частности, следующие гарантии (ч. 1 ст. 160 ЖК РФ; п. 6 ст. 5, ч. 10, 13, 14, 15 ст. 17 Закона № 181-ФЗ; ч. 1 ст. 30 Закона г. Москвы № 60; ч. 2 ст. 9 Закона г. Москвы от 03.11.2004 № 70; пп. 1.3, 2.2 Порядка, утвержденного постановлением правительства Москвы от 26.04.2016 № 200-ПП; п. 2.6 Приложения к постановлению правительства Москвы от 07.12.2004 № 850-ПП):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обеспечение жильем во внеочередном порядке детей-инвалидов, проживающих в организациях социального обслуживания и являющихся сиротами или оставшимися без попечения родителей, по достижении 18 лет (если индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни); 2) оплата в размере 50% платы за жилое помещение (государственного жилищного фонда) и коммунальные услуги (независимо от вида жилищного фонда); 3) дополнительная скидка (компенсационная выплата на территории Троицкого и Новомосковского административных округов г. Москвы) в размере 50% платы за объем потребляемых коммунальных услуг, определенный по показаниям приборов учета и превышающий нормативы потребления; 4) компенсация расходов на уплату взноса на капремонт общего имущества в многоквартирном доме не более 50%. <p>Обратите внимание! Компенсация расходов на оплату жилья и коммунальных услуг не предоставляется при наличии непогашенной задолженности по их оплате, которая образовалась за период не более чем три последних года и подтверждена вступившим в законную силу судебным актом. Вместе с тем, если причины возникновения задолженности уважительные, в компенсации не может быть отказано (ч. 1, 3 ст. 160 ЖК РФ; п. 8 Обзора, утвержденного Президиумом Верховного Суда РФ 17.06.2020)</p>
<p>Сфера образования</p>	<p>Детям-инвалидам предоставляются гарантии в сфере образования, в частности (ст. 19 Закона № 181-ФЗ; ч. 5 ст. 36, ч. 5 ст. 41, ч. 3 ст. 65, ч. 10 ст. 66, ч. 5–7 ст. 71, ст. 79 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ; п. 1 Указа Президента РФ от 02.10.1992 № 1157; ст. 9 Закона г. Москвы от 26.10.2005 № 55; ч. 2 ст. 30 Закона г. Москвы № 60; п. 2.4 приказа департамента образования г. Москвы от 30.12.2010 № 2168):</p>

Сферы предоставления	Перечень
	<p>1) общее образование, профессиональное образование и профессиональное обучение в соответствии с адаптированными образовательными программами и индивидуальными программами реабилитации, абилитации инвалидов, в том числе обучение на дому;</p> <p>2) обеспечение двухразовым горячим питанием обучающихся 1–11-х классов;</p> <p>3) освобождение родителей от оплаты содержания детей-инвалидов в государственных дошкольных образовательных учреждениях;</p> <p>4) обеспечение местом в дошкольном образовательном учреждении в первоочередном порядке;</p> <p>5) право на прием на подготовительные отделения федеральных государственных образовательных организаций высшего образования на обучение на бюджетной основе;</p> <p>6) право на прием на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета за счет бюджетных средств в пределах установленной квоты;</p> <p>7) право на государственную социальную стипендию</p>
Пенсионные отношения	<p>Периоды ухода трудоспособного лица за ребенком-инвалидом засчитываются в страховой стаж для начисления страховой пенсии, если такому периоду предшествовали или за ними следовали периоды работы и иной деятельности, включаемые в страховой стаж. Для исчисления страховой пенсии коэффициент за каждый год ухода составляет 1,8 пенсионных балла (п. 6 ч. 1 ст. 12, ч. 2 ст. 12, ч. 12 ст. 15 Федерального закона от 28.12.2013 № 400-ФЗ).</p> <p>Кроме этого, одному из родителей инвалида с детства, воспитавшему его до достижения восьми лет, страховая пенсия по старости назначается раньше достижения общеустановленного пенсионного возраста. Это возможно при наличии установленной величины индивидуального пенсионного коэффициента (в 2022 г. — не ниже 23,4) и страхового стажа не менее 20 лет для мужчин и 15 лет для женщин, а также по достижении возраста 55 лет мужчинами и 50 лет женщинами (п. 1 ч. 1 ст. 32, ч. 3 ст. 35 Федерального закона № 400-ФЗ)</p>

Сферы предоставления	Перечень
Налоговые отчисления	<p>Родителю, на обеспечении которого находится ребенок-инвалид, предоставляется стандартный налоговый вычет в повышенном размере (12 000 руб.). При этом единственному родителю ребенка-инвалида налоговый вычет предоставляется в двойном размере (подп. 4 п. 1 ст. 218 НК РФ).</p> <p>Также ежемесячная выплата на ребенка-инвалида, социальная помощь, полученная на основании соответствующих нормативных актов, суммы оплаты дополнительных выходных дней, предоставляемых родителям, осуществляющим уход за детьми-инвалидами, освобождаются от НДФЛ (пп. 78, 79 ст. 217 НК РФ).</p> <p>Налоговые льготы могут быть предусмотрены региональным законодательством. Так, в Москве один из родителей ребенка-инвалида освобождается от уплаты транспортного налога за один зарегистрированный на него автомобиль мощностью двигателя не более 200 л. с. (п. 8 ч. 1 ст. 4, ч. 5 ст. 4 Закона г. Москвы от 09.07.2008 № 33).</p> <p>Помимо налоговых льгот, которые могут быть предоставлены всем категориям инвалидов, дети-инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, имеют право на налоговые льготы, в частности (п. 78 ст. 217, подп. 4 п. 1 ст. 218, п. 2 ст. 333.38, ст. 356, подп. 3 п. 5 ст. 391, подп. 3 п. 1, пп. 2–5 ст. 407 НК РФ; п. 8 ч. 1 ст. 4, ч. 5 ст. 4 Закона г. Москвы от 09.07.2008 № 33):</p> <ol style="list-style-type: none">1) налоговую льготу по налогу на имущество физических лиц в отношении объектов, не используемых в предпринимательской деятельности. Если ребенок-инвалид является собственником нескольких объектов налогообложения, налоговая льгота предоставляется в отношении одного объекта каждого вида. Льгота не применяется в отношении имущества, кадастровая стоимость которого превышает 300 млн руб. (за исключением гаражей и машино-мест в таких объектах);2) налоговую льготу по земельному налогу в виде уменьшения на величину кадастровой стоимости 600 кв. м площади одного земельного участка;3) налоговую льготу по транспортному налогу для одного из родителей (усыновителей), опекуна, попечителя ребенка-инвалида в отношении одного транспортного средства, зарегистрированного на граждан указанных категорий и с мощностью двигателя не свыше 200 л. с.;4) стандартный налоговый вычет на ребенка-инвалида в размере 12 000 руб. или 6000 руб. за каждый месяц налогового периода;

Сферы предоставления	Перечень
	<p>5) освобождение от обложения НДФЛ сумм оплаты дополнительных выходных дней, предоставляемых родителям (опекунам, попечителям), осуществляющим уход за детьми-инвалидами;</p> <p>6) уменьшение на 50% размера госпошлины за совершение любых нотариальных действий</p>
Денежные выплаты	<p>Помимо социальной пенсии по инвалидности детям-инвалидам полагаются денежные выплаты, в частности (подп. 2 п. 1 ст. 11 Федерального закона от 15.12.2001 № 166-ФЗ; ст. 28.1 Закона № 181-ФЗ; пп. 10, 15 ч. 1 ст. 7, ст. 16, 17.4 Закона г. Москвы № 60):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ежемесячная денежная выплата; 2) региональная социальная доплата к пенсии; 3) ежемесячная компенсационная выплата детям-инвалидам, потерявшим кормильца
Иные	<p>Например, семьи с детьми-инвалидами, которые нуждаются в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилыми помещениями в установленном порядке с учетом состояния здоровья и других заслуживающих внимания обстоятельств. Также таким семьям предоставляется компенсация расходов на оплату жилья и коммунальных услуг в размере 50% и компенсация расходов на уплату взноса на капитальный ремонт в размере не более 50% (ч. 13, 14 ст. 17 Закона № 181-ФЗ).</p> <p>Гражданам, имеющим ребенка-инвалида в возрасте до трех лет, предоставляется отсрочка от призыва на военную службу (подп. «д» п. 1 ст. 24 Федерального закона от 28.03.1998 № 53-ФЗ).</p> <p>Нуждающийся супруг, ухаживающий за общим ребенком-инвалидом до достижения им совершеннолетия, вправе требовать предоставления алиментов от другого супруга, обладающего необходимыми для этого средствами. Данное правило распространяется также на бывших супругов после их развода (п. 2 ст. 89, п. 1 ст. 90 СК РФ).</p> <p>Кроме того, дети-инвалиды и лица, сопровождающие таких детей (в том числе родители), обслуживаются вне очереди в магазинах, на предприятиях общественного питания, в учреждениях здравоохранения, образования, культуры и других организациях, обслуживающих население, а также пользуются правом внеочередного приема руководителями и другими должностными лицами предприятий, учреждений и организаций (абз. 7 п. 1 Указа Президента РФ от 02.10.1992 № 1157).</p>

Сферы предоставления	Перечень
	<p>В Москве родители детей-инвалидов имеют право на бесплатный проезд с использованием социальных карт на всех видах городского пассажирского транспорта (кроме такси и маршрутного такси), а также освобождаются от оплаты содержания таких детей в государственных детских садах (ч. 2, 3 ст. 30, ст. 32.1 Закона г. Москвы № 60).</p> <p>Также родители детей-инвалидов, имеющие место жительства в Москве, обеспечиваются бесплатным проездом на автомобильном и городском наземном электрическом транспорте Московской области (автобус, трамвай, троллейбус) по маршрутам регулярных перевозок по регулируемым тарифам (п. 1 Соглашения между правительством Москвы и правительством Московской области от 13.09.2021 № 77–1327; п. 2.8 Приложения 1 к Соглашению № 77–1327).</p> <p>В свою очередь, право на бесплатный проезд на автомобильном и городском наземном электрическом транспорте Москвы по маршрутам регулярных перевозок по регулируемым тарифам, в том числе в пригородном сообщении, а также на Московском метрополитене (включая Московскую монорельсовую транспортную систему) и на железнодорожном транспорте общего пользования в пригородном сообщении на Малом кольце Московской железной дороги предоставлено родителям детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, имеющим место жительства в Московской области (п. 2.1 Соглашения № 77–1327; п. 2.4 Приложения 2 к Соглашению № 77–1327; п. 1.4 Приложения 3 к Соглашению № 77–1327).</p> <p>Дети-инвалиды имеют право на прочие социальные гарантии, в частности (приказ Минкультуры России от 30.12.2016 № 3019; ч. 6, 7 ст. 30 Закона г. Москвы № 60):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) социокультурную реабилитацию, в том числе бесплатное посещение музеев, выставочных залов, парков культуры и отдыха, зоопарка, находящихся в ведении правительства Москвы; 2) безвозмездное пользование платными физкультурно-оздоровительными и спортивными услугами, оказываемыми учреждениями, входящими в городскую государственную систему физической культуры и спорта. <p>Также инвалиды и семьи, имеющие в своем составе инвалидов, имеют право на первоочередное предоставление земельных участков для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного хозяйства и садоводства.</p>

Сферы предоставления	Перечень
	<p>При этом бесплатное предоставление земельных участков детям-инвалидам федеральным законодательством не предусмотрено, но может предусматриваться законами субъектов РФ (п. 6 ст. 5, ч. 16 ст. 17 Закона № 181-ФЗ).</p> <p>Обратите внимание! Информирование граждан о мерах соцзащиты осуществляется, в частности, через Единый портал государственных услуг, единый контакт-центр, а также при личном посещении уполномоченных органов и организаций (ст. 5.2 Закона № 178-ФЗ; пп. 1, 10, 18 Правил, утвержденных постановлением Правительства РФ от 03.12.2020 № 1994; Перечень, утвержденный приказом Минтруда России от 16.11.2021 № 805н)</p>

Справка.

Размеры денежных выплат родителям детей-инвалидов в г. Москве в 2023 г. Московским родителям детей-инвалидов положены, в частности, следующие выплаты:

Вид денежной выплаты	Размер в 2023 г.
Ежемесячная компенсационная выплата лицу, занятому уходом за ребенком-инвалидом или инвалидом с детства в возрасте до 23 лет (ст. 9 Закона г. Москвы № 60; п. 1.4.1 Приложения 1 к постановлению правительства Москвы от 16.12.2022 № 2885-ПП)	15 150 руб.
Ежемесячная компенсационная выплата на возмещение роста стоимости продуктов питания на детей в возрасте до трех лет семьям с детьми-инвалидами (ст. 12 Закона г. Москвы № 60; п. 1.5.3.1 Приложения 1 к постановлению № 2885-ПП)	854 руб.
Ежемесячная компенсационная выплата лицам, усыновившим (удочерившим) на территории г. Москвы после 01.01.2009 ребенка-сироту или ребенка без попечения родителей, на каждого ребенка-инвалида (пп. 2.9.3, 2.10.3 Приложения 1 к Постановлению № 2885-ПП)	34 718 руб.

Статья 262 Трудового кодекса РФ устанавливает гарантии в виде дополнительных оплачиваемых выходных дней лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства в возрасте до 18 лет.

В силу ст. 262 Трудового кодекса РФ одному из родителей (опекуну, попечителю, другому лицу, воспитывающему детей без матери) для ухода за детьми-инвалидами по его письменному заявлению предоставляются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из указанных лиц либо разделены ими между собой по их усмотрению.

Работающий родитель обязан представить работодателю справку с места работы другого родителя о том, что на момент обращения дополнительные оплачиваемые выходные дни в этом календарном месяце им не использованы или использованы частично.

В силу ст. 262.1 Трудового кодекса РФ одному из родителей (опекуну, попечителю, приемному родителю), воспитывающему ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, ежегодный оплачиваемый отпуск предоставляется по его желанию в удобное для него время.

Раздел 5

ВАЖНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МОМЕНТЫ В ПЕРИОД УХОДА ЗА ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

5.1. Порядок предоставления дополнительных выходных дней одному из родителей для ухода за детьми-инвалидами

Правила предоставления дополнительных оплачиваемых выходных дней для ухода за детьми-инвалидами утверждены постановлением Правительства РФ от 13 октября 2014 г. № 1048.

Из п. 2 Правил предоставления дополнительных оплачиваемых выходных дней для ухода за детьми-инвалидами следует, что четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в календарном месяце, оформляемых приказом (распоряжением) работодателя, предоставляются на основании соответствующего заявления работника.

В семьях, воспитавших ребенка-инвалида до возраста восьми лет, один из родителей может выйти на пенсию досрочно. При этом не имеет значения, в каком возрасте ребенок был признан инвалидом и как долго им оставался, по данным отделения Пенсионного фонда России по Москве и Московской области.

В ведомстве уточнили, что мать ребенка-инвалида может выйти на пенсию в 50 лет, а отец — в 55 лет. При этом установлены ограничения по необходимому страховому стажу: для женщин не менее 15 лет, для мужчин не менее 20 лет. Еще одним условием является необходимая величина индивидуального пенсионного коэффициента — в 2022 г. она составляет 23,4.

«На досрочную пенсию может выйти сначала мама, затем папа при условии отказа матери от данного вида пенсии или ее перехо-

да на другой вид. Например, мама выходит на досрочную пенсию в возрасте 50 лет, затем достигает общеустановленного пенсионного возраста, в то время как отец ребенка в возрасте 55 лет и старше еще не достиг общеустановленного пенсионного возраста. В таком случае он может воспользоваться правом выйти на досрочную пенсию», — пояснили в ПФР.

5.2. Прохождение психолого-медико-педагогической комиссии

Аббревиатура ПМПК расшифровывается как психолого-медико-педагогическая комиссия. Впервые с этим понятием родители обычно знакомятся в детском саду — процедуру настоятельно рекомендуют пройти детям, которые претендуют на бесплатную логопедическую помощь.

Комиссия проводит комплексное обследование детей на наличие различных диагнозов, влияющих на способности ребенка к обучению. К ним относятся такие состояния, как, например, разного рода задержки или нарушения интеллектуального либо психического развития. Состав комиссии представлен на рис. 1. **Задача специалистов** — определить, может ли ребенок учиться в общеобразовательной школе или ему будет комфортнее в коррекционном учебном заведении.

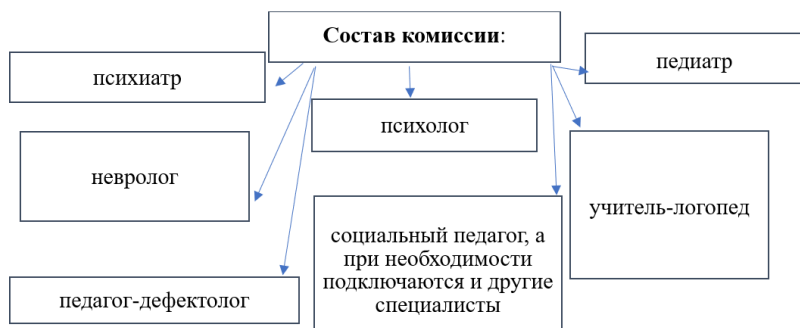


Рис. 1. Состав членов психолого-медико-педагогической комиссии

Цель можно сформулировать так: сделать удобнее жизнь детей, которым для успешного и комфортного обучения важно создать специальные условия.

Основная задача ПМПК — выяснение необходимости организации особых образовательных условий для конкретных детей; если эти условия нужны, то какие именно; кроме того, решить вопрос, присваивать ли ребенку образовательный статус ОВЗ — «ограниченные возможности здоровья».

Родители обращаются в ПМПК при оформлении инвалидности ребенку; в случае переосвидетельствования ребенка-инвалида; кроме того, существует еще ряд поводов для обращения родителей в ПМПК, они представлены на рис. 2.

Именно заключение комиссии влечет за собой решение о бесплатной логопедической помощи в случае постановки диагноза ЗРР, о назначении сурдопедагога слабослышащему ребенку, о занятиях с тифлопедагогом и учебниках со шрифтом Брайля для ребенка с нарушением зрения. Также заключение комиссии обеспечивает дополнительные часы работы с логопедом и психологом, если у ребенка есть трудности с письмом и чтением.

Отдельно стоит подчеркнуть, что статус ОВЗ не несет никаких негативных последствий ни для ребенка, ни для родителей. Получив справку о нем, родители вправе не пускать ее в образовательный процесс.

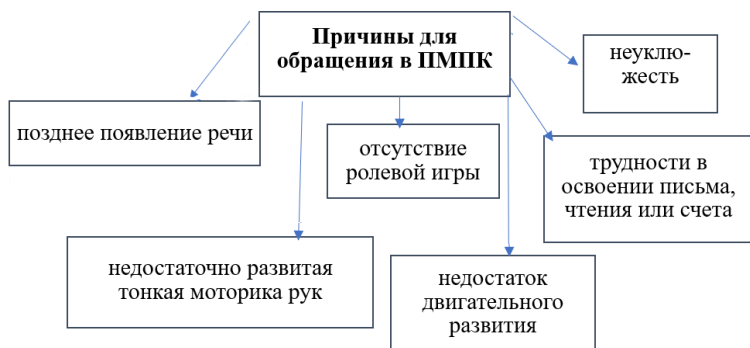


Рис. 2. Поводы для обращения родителей в психолого-медико-педагогическую комиссию

В Российской Федерации, к сожалению, нет стандартного для всех регионов способа пройти ЦПМПК. Так, в Москве родители могут записаться на ПМПК самостоятельно через сайт mos.ru. Также там представлен список всех необходимых документов для прохождения комиссии.

Список документов, которые могут вам потребоваться:

- медицинское заключение о состоянии здоровья и рекомендации по организации образовательного процесса в государственных образовательных организациях города Москвы для лиц с ограниченными возможностями здоровья (Приложение 3 к приказу департамента здравоохранения города Москвы от 01 апреля 2013 г. № 297) — оригинал;
- для детей с инвалидностью — справка бюро медико-социальной экспертизы и индивидуальная программа реабилитации или абилитации — копии с предъявлением оригиналов или заверенные в установленном порядке копии;
- свидетельство о рождении обучающегося — копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;
- паспорт обучающегося (при наличии) — копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;
- паспорт родителя (законного представителя) обучающегося — копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;
- предыдущее заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (если есть) — копия;
- заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии) — копия;
- направление в ЦПМПК г. Москвы из организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии) — оригинал;

- характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций) — оригинал, заверенный печатью образовательной организации;
- контрольные (письменные) работы по русскому (родному) языку, математике — копии, заверенные в установленном порядке, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка — оригинал;
- заявление на проведение обследования обучающегося в комиссии.

Дети до 18 лет приходят на комиссию в сопровождении родителя (законного представителя).

Для проведения обследования законные представители ребенка предъявляют в ЦПМПК г. Москвы документы, подтверждающие их полномочия по представлению его интересов.

Что касается других регионов, то проще всего воспользоваться единым навигатором ПМПК. Там можно найти нужную комиссию и узнать все нюансы.

Если ребенок учится в школе, нужно будет взять на него характеристики у классного руководителя, логопеда, учителей русского языка и математики. Дошкольнику характеристику выдадут логопед и воспитатель.

Как правило, перед визитом в ПМПК необходимо посетить врачей в детской поликлинике: невролога, логопеда и психиатра, но могут потребоваться консультации и других специалистов, оториноларинголога и офтальмолога например.

Обратите внимание! Московской ЦПМПК не подходит заключение частного психиатра.

Весь процесс длится 15–20 минут. Маленькие дети быстро утомляются, а обследование в течение такого времени дает достаточно точную картину происходящего.

Эксперты ПМПК владеют инструментами и методами экспресс-диагностики. Они знают, какие вопросы нужно задать, на что обратить внимание, какие особенности поведения отметить.

После обследования и тестов члены комиссии удаляются, чтобы посоветоваться и подготовить заключение. В это время социальный работник опрашивает родителей.

Когда заключение готово, родители его подписывают, и в этот момент они могут задать вопросы, уточнить, где и как они могут получить услуги, которые рекомендованы их ребенку.

Готовить ребенка к прохождению ПМПК не нужно. Задача родителей — не нагнетать обстановку и отнестись к предстоящему визиту просто как к очередному обследованию.

Стоит заранее рассказать ребенку, как проходит комиссия. Предупредить, что разные незнакомые взрослые с ним поговорят, позадают ему вопросы, поиграют с ним, а родители обязательно будут рядом. Если дети представляют, чего ожидать, они меньше нервничают и не так сильно стесняются.

Однако отведенного на вопросы времени часто не хватает, особенно тем, кто приходит на комиссию в первый раз. Нередко родители что-то неправильно понимают или не согласны с заключением (в последнем случае они вправе заново записаться на комиссию).

Решение территориальной ПМПК можно обжаловать в центральной комиссии, а решение центральной — в межведомственной конфликтной комиссии.

Для этого родителю достаточно обратиться с письменным заявлением к руководителю ЦПМПК. Может в этом помочь и школа, которая собирает психолого-педагогический консилиум, готовит характеристики, заверяет копии контрольных работ, выписку из электронного журнала.

Заключение комиссии нужно отнести в учебное заведение (детский сад или школу) и написать заявление с просьбой предоставить услуги, которые рекомендовала комиссия.

Если родители предоставили в детский сад или школу заключение до истечения его срока, оно будет действительным на одну ступень обучения, то есть на весь срок дошкольного образования, для начальной, средней или старшей школы. Либо же оно может считаться таковым на срок, указанный в заключении. Например, в документе может быть отмечено: «Контроль через год».

Если ребенок получил заключение в детском саду, а к первому классу проблемы остались, придется пройти ПМПК вновь.

Специальные условия, которые обычно рекомендует ПМПК, можно разделить на три группы:

- материально-технические: компьютеры для детей, скажем, с ДЦП, которые могут выполнять упражнения лишь с помощью ПК;
- учебно-методические: специальные методы и учебные пособия для обучения детей с интеллектуальными особенностями, слабослышащих и с плохим зрением. Для ребенка могут разработать специальную адаптивную программу;
- кадровые: тьюторы для детей с РАС, ДЦП, сурдопедагоги для слабослышащих, тифлопедагоги для незрячих и коррекционные педагоги для детей с особенностями интеллектуального либо психического развития, логопеды, психологи и дефектологи для детей с дислексией и дисграфией.

Директор издает приказ о переводе ребенка на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе и создании для него условий получения образования. Школа проводит психолого-педагогический консилиум (на котором, кстати, имеют право присутствовать и родители ребенка), конкретизирует рекомендации ПМПК и составляет индивидуальный образовательный маршрут.

Далее школа разрабатывает рекомендованную программу и создает все необходимые для ребенка специальные условия получения образования.

На основании приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» школа или детский сад обязаны предоставить специальные условия за счет средств регионального бюджета.

Заключение ПМПК носит рекомендательный характер только для родителей, но не для образовательного учреждения. Если на основе заключения ребенку рекомендована учеба в ресурсном классе, которого нет в ближайшем учебном заведении, или в спец-

школе, которая находится слишком далеко, родители вправе требовать исполнения всех пунктов заключения от ближайшего учебного заведения.

Кроме того, московским школьникам со статусом ОВЗ полагается бесплатное питание.

Для этого взрослому необходимо:

- подать заявление на портале mos.ru. В поле «Ребенок состоит на учете в органах социальной защиты населения г. Москвы» выбрать «Нет» и следовать инструкции;
- в школе написать два заявления: о специальных условиях и об обеспечении ребенка бесплатным питанием на основании заключения ПМПК;
- по одному экземпляру заявлений отдать школьному секретарю, вторые с отметкой «принято» оставить себе.

Через восемь дней вопрос должен быть решен.

А еще дети с ОВЗ от 4 до 17 лет включительно на сайте «Мосгортур» могут получить бесплатную путевку в лагерь или дом отдыха.

Заключение ПМПК дает самые разные преференции на экзаменах, от материально-технических особенностей места, где его проводят (пандусы, специально обустроенные кабинеты, необходимое оборудование, скажем азбука Брайля), до методических: для детей, у которых есть заключение комиссии, предусмотрено увеличение времени экзамена. Также им могут предложить сдать вместо ОГЭ в 9-м классе и ЕГЭ в 11-м их облегченные версии, ГВЭ-9 и ГВЭ-11.

Аббревиатура ГВЭ расширяется как «государственный выпускной экзамен». Отметим, что в вузах результаты ГВЭ-11 по закону не засчитывают, но обязаны организовать для абитуриента вступительные испытания, форму и сложность которых определяет само учебное заведение.

В 11-м классе на ГВЭ по математике всего 10 заданий (вместо 19 в ЕГЭ), а по русскому языку вместо 27 заданий (тестовая часть и сочинение) предусмотрено либо сочинение, либо изложение с творческой частью, либо диктант (для детей с РАС).

Есть важный нюанс: чтобы ребенок получил возможность сдать лайт-версию экзамена, стоит пройти ПМПК как можно раньше.

Если же привести учащегося на ПМПК первый раз в 9-м классе, надеяться на специальные условия на госэкзаменах не стоит — комиссия таких рекомендаций не даст. Даже стопка заключений нейропсихологов, психиатров и неврологов, скорее всего, не переубедит экспертов.

За заключением ПМПК нужно обратиться в ФРЦ ПМПК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема комплексной реабилитации детей с расщелиной губы и нёба многогранна и сложна. Трудности восстановления нарушенных жизненно важных функций питания, дыхания и речи, анатомического восстановления верхней губы, носа и верхней челюсти в условиях растущего организма являются причиной инвалидизации детей с расщелиной губы и нёба на долгие годы. Поэтому дети с расщелиной губы и нёба требуют многоэтапных, комплексных оперативных и реабилитационных мероприятий с привлечением широкого круга квалифицированных специалистов (челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, ортопеда, логопеда, оториноларинголога, педиатра, невропатолога, генетика и психолога) для устранения врожденной аномалии и связанных с ней функциональных нарушений. Ортодонт должен участвовать в реабилитации таких пациентов с первых дней жизни ребенка и до окончания лечения. Ортодонтическое лечение проводится на этапах подготовки к хирургическому лечению и в послеоперационных периодах. Лечение и комплексная реабилитация детей с данной патологией начинается с первых дней жизни ребенка и продолжается в течение многих лет. Однако не всегда оно становится успешным, что свидетельствует о несовершенстве предлагаемых подходов. Ошибки раннего этапа лечения детей с ВПР ЧЛО имеют далеко идущие последствия, приводящие к усугублению вторичных деформаций ЧЛО, в результате чего полная реабилитация пациента достигается позже. Одной из актуальных проблем практического здравоохранения и современной медицинской науки является лечение пациентов с расщелиной губы и нёба. Решение названных задач и достижение поставленных целей входят в число основных приоритетов государственной социальной политики РФ. Регулярно проводятся мероприятия стратегического характера, направленные на формирование комплексного подхода и принятие основополагающих ре-

шений по отдельным аспектам проблем оформления инвалидности детям, комплексной реабилитации и организации санаторно-курортного лечения детей-инвалидов.

В нашей стране обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты. В последние годы в России осуществлен ряд государственных мероприятий, одним из которых является программа «Доступная среда». Следующей ступенью развития государственной политики по защите детей является проект «Десятилетие детства».

Сегодня разрабатываются новые методы и виды специализированной медико-социальной, психолого-педагогической помощи, формируется новый тип взаимоотношений науки, практики, общества и государства в решении проблем детей и подростков с особыми потребностями и семей с такими детьми. Объединение усилий государственных органов, общественных организаций и родителей детей-инвалидов способствует успешному осуществлению качественных реабилитационных мероприятий с последующей интеграцией ребенка в общество.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (с изменениями на 24 января 2023 года) <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204080035> (дата обращения: 18.03.2023).

2. Постановление Правительства Москвы от 16 декабря 2022 г. № 2885-ПП «Об установлении размеров отдельных социальных и иных выплат на 2023 год» <https://www.garant.ru/hotlaw/moscow/1591820/>.

3. Абдурахмонов А. З. Врожденная расщелина верхней губы и нёба у детей Республики Таджикистан за период с 2009 по 2019 г. // Аспирантский вестник Поволжья. — 2020. — № 1–2. — С. 75–79.

4. Абдурахмонов А. З., Субханов С. С., Постников М. А., Абдурахимов А. Х., Ворожейкина Н. А. Комбинированные мероприятия и реабилитация больных с односторонней расщелиной губы и нёба до и после хирургического вмешательства // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». — 2018. — № 3. — С. 97–106.

5. Абдурахмонов А. З., Постников М. А., Шамсзода Х. А., Абдурахмонов А. Х., Ворожейкина Н. А., Кодиров А. Р., Якубова З. Х. Раннее ортодонтическое лечение в системе комплексной реабилитации больных с двусторонней расщелиной губы и нёба // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». — 2019. — № 1. — С. 184–190.

6. Андреева О. В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба // Вестник Чувашского университета. — 2012. — № 3. — С. 269–275.

7. Афонькина Ю. А., Лапина А. С. Детская инвалидность как комплексная проблема современности // Проблемы современного педагогического образования. — 2018. — № 61–2. — С. 287–289.

8. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Терлецкая Р. Н., Антонова Е. В. Проблемы детской инвалидности в современной России // Вестник РАМН. — 2017. — № 72 (4). — С. 305–312.

9. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Терлецкая Р. Н., Антонова Е. В. Некоторые факторы риска формирования инвалидности у детей // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2017. — № 20 (2). — С. 60–64. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-2-60-64>.

10. Баранов А. А., Терлецкая Р. Н. О перспективах научных исследований в области профилактики детской инвалидности // Вопросы современной педиатрии. — 2018. — № 6, том 17. — С. 426–433.

11. Богородицкая А. В., Сарафанова М. Е., Радциг Е. Ю., Притыко А. Г. Тактика ведения детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба: междисциплинарная проблема // Педиатрия. — 2015. — Том 94, № 3. — С. 78–81.

12. Борзунова Е. Н. Проблема создания семьи людьми с ограниченными возможностями // Интеллектуальный потенциал XXI века: ступени познания. — 2010. — № 4–1. — С. 146–150.

13. Булгакова Е. А., Богомолова Н. Д., Цитко Е. А. Оценка эффективности деятельности центра профилактики и лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области // Медицина в Кузбассе. — 2013. — № 3, т. 12. — С. 19–25.

14. Булгакова Е. А., Ахалкин С. М., Тё И. А., Тё Е. А. Оценка результатов реорганизации работы центра профилактики и лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области г. Кемерово // Ортодонтия. — 2011. — № 4 (56). — С. 4–9.

15. Винярская И. В., Терлецкая Р. Н., Черников В. В., Антонова Е. В., Алексеева Е. И., Фетисова А. Н., Басаргина Е. Н., Симонова О. И., Горинова Ю. В., Савва Н. Н. Новые подходы к оценке нарушения функционирования у детей-инвалидов с позиции качества жизни // Российский педиатрический журнал. — 2019. — № 22 (3). — С. 176–181.

16. Владимирова О. Н., Адрианов А. В. Установление инвалидности у детей в Российской Федерации: совершенствование организационных и методических подходов // Смоленский медицинский альманах. — 2016. — № 3. — С. 50–55.

17. Владимирова О. Н., Пронина Е. В., Поддубная Т. Б., Горяйнов И. В., Медведева Н. Д., Горяйнова М. В. Проблемы при направ-

лении детей на медико-социальную экспертизу // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2013. — № 5. — С. 97–101.

18. Воробьева Т. С., Топольницкий О. З. Состояние медико-социальной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор отечественной литературы) // Российская стоматология. — 2016. — № 2. — С. 76.

19. Галонский В. Г., Тарасова Н. В., Ворошилова К. Н., Черниченко А. А., Чернов В. Н. Стоматологическая ортопедическая реабилитация детей с вторичными дефектами верхней губы и нёба // Сибирское медицинское обозрение. — 2019. № 5. — С. 111–116.

20. Горобец С. Н., Шаталова Т. Г., Семененко А. П., Романова Т. А. Эффективность комплексного подхода к реабилитации детей-инвалидов в специализированном Белгородском доме ребенка // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. — 2012. — № 10 (129). Выпуск 18. — С. 108–113.

21. Григорьев Ю. И., Ершов А. В. Некоторые аспекты изучения первичной инвалидности детей, проживающих на территории Калужской области // Вестник новых медицинских технологий. — 2012. — Т. XIX, № 1. — С. 225–227.

22. Дурново Е. А., Глявина И. А., Монакова Н. Е. Диагностические и лечебные аспекты реабилитации детей с врожденными пороками развития лица в Нижегородской области // Российский стоматологический журнал. — 2013. — № 5. — С. 46–48.

23. Долотова Н. В., Филькина О. М., Малышкина А. И., Кудряшова И. Л. Структура инвалидности детей 0–4 лет, воспитывающихся в специализированных домах ребенка // Здравоохранение Российской Федерации. — 2016. — № 60 (2). — С. 66–70. DOI: 10.18821/0044-197X-2016-60-2-66-70.

24. Евсина О. В. Качество жизни в медицине — важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». — 2013. — № 1 (1). — С. 119–133.

25. Елкина Т. Н., Лиханова М. Г., Пирожкова Н. И., Татаренко Ю. А. Анализ структуры инвалидности в детском возрасте // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2018. — № 63 (4). — С. 145. DOI: 10.21508/1027-4065-congress-2018

26. Ерохина Л. Д., Урядова В. В., Андреева И. В. Этнический анализ современных моделей инвалидности // Общество: философия, история, культура. — 2019.

27. Ершова О. Н., Макарова Н. В. Детская инвалидность на уровне региона европейской части России: вопросы профилактики // Медицинские науки. Гигиена и организация здравоохранения. — 2014. — № 4 (32). — С. 99–110.

28. Заболтина В. В. Оказание комплексной помощи детям младенческого и раннего возраста и их семьям на базе учреждений здравоохранения в рамках социального проекта // Специальное образование. — 2016. — Том 1. — С. 131–136.

29. Загоруйченко А. А. Анализ динамических изменений инвалидности детского населения в Российской Федерации / А. А. Загоруйченко, О. Б. Карпова, Е. Ю. Башкуева // Дальневосточный медицинский журнал. — 2022. — № 2. — С. 78–81. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2022-2-13>.

30. Запарий С. П., Саликова С. И. Первичная инвалидность у детей в Омской области // Омский научный вестник. — 2010. — № 1 (94). — С. 167–170.

31. Ивашинникова С. В., Афанасьева С. И. Об инвалидности детей в Приморском крае // Здоровье. Медицинская экология. Наука. — 2010. — № 1–2 (41–42). — С. 27–28.

32. Кабанова С. А., Кабанова А. А., Дубовец А. В., Масюк Н. Ю. Осведомленность врачей-специалистов г. Витебска в вопросах комплексной реабилитации пациентов с расщелиной верхней губы и нёба // Вестник ВГМУ. — 2013. — № 4, том 12. — С. 118–122.

33. Карницкий А. В., Скрипкина Г. И. Патогенные факторы, влияющие на рождение детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба в крупном индустриальном центре // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. Международный научно-практический журнал. Специальный выпуск. — 2020. — № 3. — С. 21–23.

34. Киселев М. И., Бабенко Е. Ю., Биловус В. К. Социально-правовая экспликация понятия «дети-инвалиды» // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). — 2015. — № 3 (47). www.sisp.nkras.ru (дата обращения: 08.06.2022).

35. Колыванов А. А., Серегин А. С. Особенности комплексной реабилитации детей с врожденной челюстно-лицевой патологией (на примере Самарской области) // Евразийский союз ученых (ЕСУ). – 2018. — № 7 (52). — С. 52–54.
36. Красножен В. Н., Андреева И. Г., Токарев П. В. Экссудативный средний отит у детей с врожденными расщелинами губы и нёба // Российская оториноларингология. – 2018. — № 4 (95). — С. 121–127.
37. Кучма В. Р. Медико-профилактические основы здоровьесбережения обучающихся в Десятилетие детства в России (2018–2027 гг.) // Российский педиатрический журнал. — 2018. — № 21 (1). — С. 31–37. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9561-2018-21-1-31-37>.
38. Лебедева А. С. «Качество жизни»: ключевые подходы и структура понятия // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. — 2018. — № 4. — С. 68–80. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2018.4.04>
39. Лебедев М. В., Керимова К. И., Захарова И. Ю. Частота и структура врожденных пороков развития челюстно-лицевой области (по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко) // Вестник Пензенского государственного университета. Медицина и здравоохранение. — 2019. — № 1 (25). — С. 74–76.
40. Лотова И. П. Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2015. — № 18 (2). — С. 53–57.
41. Лотова И. П. Подготовка ребенка-инвалида к семейной жизни: системный подход // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2015. — № 18 (4). — С. 50–52.
42. Луговцова Ю. А., Карнаух В. Н. Нормативно-правовые аспекты медико-социальной реабилитации инвалидов в Российской Федерации (обзор литературы) // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2011. — Выпуск 39. — С. 85–89.
43. Мамедов Ад. А. Лечение детей с врожденной расщелиной губы и нёба в современных условиях развития здравоохранения России // Вестник Российской Академии естественных наук. — 2007. — № 4. — С. 69–74.

44. Мамедов А. А., Волков Ю. О., Корсунский А. А., Паршикова С. А., Мазурина Л. А., Макарова Л. М., Жиркова Ю. В., Тукабаев Г. П., Ма Г., Го Х., Горлова Н. В. Междисциплинарное оказание помощи новорожденным с расщелиной губы и нёба в условиях детской многопрофильной больницы // *Лечащий врач*. — 2021. — № 8. — С. 39–44.
45. Мамедов А. А., Адмакин О. И., Нелюбина О. В., Селицкая А. Б., Блиндер Ж. А. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной верхней губы и нёба // *Сеченовский вестник*. — 2013. — № 1 (11). — С. 24–29.
46. Митропанова М. Н. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами губы и нёба на этапах стоматологического лечения // *Стоматология детского возраста*. — 2015. — № 3. — С. 48–53.
47. Нигмирова А. С., Набережная Ж. Б., Сердюков А. Г. Особенности инвалидности детей Астраханской области с врожденными пороками развития // *The Journal of scientific articles «Health and Education Millennium»*. — 2016. — Vol. 18. No 2. — P. 364–367.
48. Носирова М. П., Иномзода Д. И., Ёдгорова М. Д., Умарова З. К. Структура заболеваний, обусловивших инвалидность среди детей города Душанбе // *Вестник Авиценны*. — 2019. — № 21 (4). — С. 603–609. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-4-603-609>.
49. Орлов С. В. Трудоустройство инвалидов как один из ключевых показателей обеспечения качества жизни // *Научно-технические ведомости СПб ГПУ. Гуманитарные и общественные науки*. — 2014. — № 3 (203). — С. 46–53.
50. Павлова О. С. Исследование удовлетворенности качеством жизни у подростков с инвалидизирующими заболеваниями // *Казанский педагогический журнал*. — 2017. — № 3. — С. 1–3.
51. Павловская О. Г., Привалова Н. В., Ионова Н. В. Мониторинг здоровья детского населения Оренбургской области // *Оренбургский медицинский вестник*. — 2014. — Том II, № 2 (6). — С. 54–56.
52. Потапова О. Н. Динамика детской инвалидности в медико-демографическом контексте // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2012. — № 1. — С. 26–29.

53. Потапова О. Н. Феномен детской инвалидности в контексте качества жизни населения // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). — 2015. — № 4 (48). — С. 524–536.

54. Проклова Т. Н., Щепин В. О., Чичерин Л. П., Тельнова Е. А., Карпова О. Б., Миргородская О. В. Стойкая нетрудоспособность населения Российской Федерации: анализ и оценка региональных особенностей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2020. — № 28 (4). — С. 555–559.

55. Рогожина Ю. С., Блохина С. И., Бимбас Е. С. К вопросу детализации классификаций врожденной расщелины верхней губы и нёба // Стоматология детского возраста, профилактика и ортодонтия. Проблемы стоматологии. — 2019. — № 4, том 15. — С. 162–169.

56. Рузиев М. М., Абдурахимов А. А., Гаибов А. Г., Богодирова М. Н. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в Таджикистане // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. — 2019. — Том IX, № 4. — С. 417–423.

57. Саввина Н. В., Максимова А. А. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в Республике Саха (Якутия) // Российский педиатрический журнал. — 2015. — № 18 (2). — С. 28–31.

58. Салдан И. П., Ушаков А. А., Катунина А. С. Региональные факторы, определяющие формирование инвалидности детей в Алтайском крае // Гигиена и санитария. — 2014. — № 2. — С. 73–76.

59. Сланова Б. А., Сланова А. А. Лечение пациентов с расщелиной губы и нёба // Журнал «Трибуна ученого». — 2022. — Выпуск 12. — С. 1–7.

60. Смелов П. А. Статистическая характеристика инвалидизации общества Российской Федерации // Экономика, статистика и информатика. — 2009. — № 1. — С. 48–53.

61. Содиков Б. Р., Иноятов А. Ш., Норова А. Н. Функциональные нарушения у детей с врожденной расщелиной губы и нёба (на примере собственных исследований) // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. — 2016. — № 2 (13), Т. 1. — С. 24–28.

62. Сон И. М., Поликарпов А. В., Огрызко Е. В., Голубева Т. Ю. Формирование учетной документации по детской инвалидности в Рос-

сийской Федерации за 1980–2016 гг. // Менеджер здравоохранения. — 2016. — № 8. — С. 46–53.

63. Старикова Н. В., Надточий А. Г., Удалова Н. В., Соболева И. В. Ортодонтические технологии лечения пациентов с расщелиной губы и нёба с учетом структурных особенностей языка // Российский стоматологический журнал. — 2014. — № 1. — С. 38–40.

64. Степанова Ю. В., Цыплакова М. С. Основные направления в комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и нёба // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. — 2013. — Том 1. — Выпуск 1. — С. 36–43.

65. Супиев Т. К., Мамедов А. А., Негаметзянов Н. Г., Нурмаганов С. Б., Утепов Д. К., Катасонова Е. С., Кожабеков Е. М. Опыт комплексного лечения детей с двусторонней расщелиной губы и нёба // Стоматология детского возраста. — 2014. — № 5. — С. 69–74.

66. Таалайбеков Н. Т., Ешиев А. М. Повышение качества реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба // Инновации в науке. — 2016. — № 3 (52). — С. 114–119.

67. Токарев П. В., Шулаев А. В., Салеев Р. А., Токарева Л. В., Гайсина А. Е. Применение речевого паспорта в реабилитации детей с врожденными челюстно-лицевыми пороками развития // Стоматология детского возраста, профилактика и ортодонтия. Проблемы стоматологии. — 2019. — № 2, том 15. — С. 79–83.

68. Ушницкий И. Д., Исаков Л. О., Винокуров М. М., Оскольский Г. И. Динамический анализ частоты и структуры врожденных аномалий челюстно-лицевой области в Якутии // Стоматология детского возраста. — 2015. — № 2. — С. 37–39.

69. Фоменко И. В., Филимонова Е. В., Касаткина А. Л. Программа реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Информационно-методическое письмо. Волгоград, 2007.

70. Чепель Т. В. Наследственная патология как фактор риска тяжелых нарушений состояния здоровья и инвалидности в детском возрасте // Дальневосточный медицинский журнал. — 2014. — С. 62–65.

71. Шакирова Р. Р. Влияние рождения ребенка с расщелиной губы и нёба на качество жизни родителей // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2010. — С. 84–86.

72. Шакирова Р. Р. Структура зубочелюстных аномалий у детей с врожденными расщелинами губы и нёба в Удмуртской Республике // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». — 2008. — № 4 (Т. 10). — С. 701–702.

73. Шаповал И. А., Рзиев А. Б. Иррациональные установки инвалидов как фактор субъективной оценки качества жизни // Концепт. — 2015. — № 03 (март). — ART 15061. — 0,4 п. л. — URL: <http://ekoncept.ru/2015/15061.htm>. — Гос. рег. эл. № ФС 77–49965. — ISSN 2304–120X.

74. Шатова Е. А. Логопедия как часть комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и нёба. Работа медицинской сестры с пациентами // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы VI Международной научной конференции (г. Санкт-Петербург, ноябрь 2019 г.). — Санкт-Петербург: Свое издательство, 2019. — С. 12–18.

75. Шатова Е. А. Вопросы распространенности врожденной патологии губы и нёба у детей, инвалидности и современной организации комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и нёба // 67-я Международная научно-практическая конференция Евразийского научного объединения «Эффективные исследования современности» (г. Москва, 29–30 сентября 2020 г.). — С. 232–243.

76. Шатова Е. А. Вопросы инвалидности детей с врожденной расщелиной губы и нёба // 68-я Международная научно-практическая конференция Евразийского научного объединения «Эффективные исследования современности» (г. Москва, 29–30 октября 2020 г.). — С. 238–253.

77. Шульженко В. И., Васильев Ю. А., Курбатова О. Л., Холод О. Н., Победоносцева Е. Ю., Учаева В. С., Верапатвелян А. Ф., Удина И. Г. Разработка подходов к оценке генетических факторов риска рождения детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области в Краснодарском крае // Кубанский научный медицинский вестник. — 2010. — № 2 (116). — С. 107–111.

78. Яфарова С. Ш., Аминова З. М., Волгина С. Я. Состояние здоровья и проблемы детей с ограниченными возможностями // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Том 6, № 5. — С. 15–20.

79. Яцышена Т. Л., Аброськина Н. В. Структура первичной и общей инвалидности детского населения Волгоградской области // Вестник Волгоградского государственного университета. Сер. 7, Филос. — 2008. — № 2 (8). — С. 166–171.

80. Электронный ресурс удаленного доступа: https://www.mos.ru/pgu/ru/application/?app_id=148893841 (дата обращения: 16.03.2023).

81. Электронный ресурс удаленного доступа: <https://doorinworld.ru/stati/raskrytie-ponyatiy-invalid-i-invalidnost> (дата обращения: 20.03.2023).

82. Электронный ресурс удаленного доступа: <https://mel.fm/deti/doshkolniki/7912584-psikhologo-mediko-pedagogicheskaya-komissiya-chto-eto-takoye-i-zachem-etu-protseduru-naznachayut-det> (дата обращения: 10.01.2023).

83. Электронный ресурс удаленного доступа: https://mcko.ru/pages/vzaim_mskobr (дата обращения: 10.03.2023).

84. Электронный ресурс удаленного доступа: https://pro-palliativ.ru/blog/kak-oformit-invalidnost/?utm_source=telegram&utm_medium=post&utm_campaign=20220713invadtg (дата обращения: 22.01.2023).

85. Электронный ресурс удаленного доступа: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/citizens/social/disabled.html> (дата обращения: 26.02.2023).

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации (с изменениями на 17 февраля 2023 года) <https://docs.cntd.ru/document/901832805>

Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «О государственной социальной помощи» // Законы, кодексы и нормативно-правовые акты Российской Федерации. <https://legalacts.ru/doc/federalnyi-zakon-ot-17071999-n-178-fz-o/>

Федеральный закон от 01.12.2014 № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов». <https://docs.cntd.ru/document/9014513>

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ: принят Государственной Думой 20 июля 1995 года: одобрен Советом Федерации 15 ноября 1995 года // URL http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_166137/ (дата обращения: 26.02.2023).

Закон г. Москвы от 23.11.2005 № 60 (ред. от 20.10.2021) «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве» <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=68180#K77XkYT4lUR8bUnz>

Постановление Правительства Москвы от 16 декабря 2022 г. № 2885-ПП «Об установлении размеров отдельных социальных и иных выплат на 2023 год» <https://www.garant.ru/hotlaw/moscow/1591820/>

Постановление Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом» (с изменениями на 24 января 2023 года) <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204080035> (дата обращения: 19.02.2023).

Постановление Правительства РФ от 13.10.2014 № 1048 «О порядке предоставления дополнительных оплачиваемых выходных дней для ухода за детьми-инвалидами» (вместе с «Правилами предоставления дополнительных оплачиваемых выходных дней для ухода за детьми-инвалидами») <https://base.garant.ru/70764932/>

Постановление Правительства РФ от 29 марта 2019 года № 363 «Об утверждении Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» (с изменениями на 18 октября 2021 года) <https://docs.cntd.ru/document/554102819>

Постановление Правительства РФ от 16 октября 2000 года № 789 «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (с изменениями на 25 марта 2013 года) <https://docs.cntd.ru/document/901772562>

Постановление Правительства РФ от 11 февраля 2021 года № 155 «О внесении изменений в пункт 3 постановления Правительства Российской Федерации от 16 октября 2020 г. № 1697 и пункт 3 постановления Правительства Российской Федерации от 24 октября 2020 г. № 1730» <https://docs.cntd.ru/document/573598899>

Постановление Правительства РФ от 16 июля 2016 г. № 674 «О формировании и ведении федерального реестра инвалидов и об использовании содержащихся в нем сведений» (с изменениями и дополнениями) https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_202221/

Распоряжение Правительства РФ от 16 июля 2016 г. № 1506-р «О Концепции создания, ведения и использования федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов» (с изменениями на 28 мая 2020 года) <https://docs.cntd.ru/document/420367142>

Приказ Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021 года «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» <https://docs.cntd.ru/document/607836767>

Приказ Минтруда России от 30 декабря 2020 года № 979н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федераль-

ных учреждений медико-социальной экспертизы» <https://docs.cntd.ru/document/573956878>

Приказ Правительства Москвы от 11 октября 2021 года № 975 «Об утверждении методических рекомендаций по организации работы врачебных комиссий (подкомиссий врачебных комиссий) медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы по выдаче медицинских заключений о состоянии здоровья несовершеннолетнего/лица старше 18 лет для направления на прохождение Центральной психолого-медико-педагогической комиссии города Москвы» <https://docs.cntd.ru/document/726550898>

Приказ Минтруда России № 742н от 28 ноября 2019 года «Об утверждении Порядка установления причин инвалидности» <https://docs.cntd.ru/document/564062455>

Приказ Минтруда России от 5 марта 2021 года № 106н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» (с изменениями на 22 июня 2022 года) <https://docs.cntd.ru/document/603321691>

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2019 года № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (с изменениями на 6 октября 2021 года) <https://docs.cntd.ru/document/561183607>

Приказ Минтруда России от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» (с изменениями на 15 декабря 2020 года).

Приказ департамента образования г. Москвы от 30 декабря 2010 года № 2168 «Об организации питания обучающихся, воспитанников и студентов государственных образовательных учреждений системы Департамента образования города Москвы» (с изменениями на 28 июня 2013 года).

Приказ Минтруда РФ от 16.11.2021 № 805н «Об утверждении перечня жизненных событий, наступление которых предоставляет гражданам возможность получения мер социальной защиты (поддержки), социальных услуг, предоставляемых в рамках социального обслуживания и государственной социальной помощи, иных социальных гарантий и выплат».

Постановление Правительства РФ от 3 декабря 2020 г. № 1994 «Об утверждении Правил информирования гражданина о правах, возникающих в связи с событием, наступление которого предоставляет ему возможность получения мер социальной защиты (поддержки), социальных услуг, предоставляемых в рамках социального обслуживания и государственной социальной помощи, иных социальных гарантий и выплат, а также об условиях их назначения и предоставления и о внесении изменений в Положение о Единой государственной информационной системе социального обеспечения».

Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 года № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (с изменениями на 14 февраля 2002 года).

Постановление правительства Москвы от 26 апреля 2016 года № 200-ПП «О порядке предоставления дополнительных мер социальной поддержки по оплате коммунальных услуг инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, гражданам, пострадавшим вследствие воздействия радиации» (с изменениями на 7 декабря 2021 года).

Постановление правительства Москвы от 7 декабря 2004 года № 850-ПП «О порядке и условиях обеспечения мер социальной поддержки граждан по оплате жилого помещения и коммунальных услуг» (с изменениями на 7 декабря 2021 года).

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10.12.2021 № 3525-р.

Закон г. Москвы от 26 октября 2005 года № 55 «О дополнительных мерах социальной поддержки инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности в городе Москве» (с изменениями на 16 декабря 2015 года).

Закон г. Москвы от 09.07.2008 № 33 «О транспортном налоге» (с изменениями на 14 декабря 2022 года).

Закон г. Москвы от 3 ноября 2004 года № 70 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы» (с изменениями на 11 ноября 2020 года).

Обзор практики рассмотрения судами дел по спорам, связанным с реализацией мер социальной поддержки отдельных категорий граждан, утвержденный Президиумом Верховного Суда Российской Федерации 17 июня 2020 года.

Федеральный закон от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Федеральный закон от 28.03.1998 № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».

Федеральный закон от 15 декабря 2001 г. № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).

Федеральный закон от 28.12.2013 № 400-ФЗ «О страховых пенсиях».

Указ Президента РФ от 2 октября 1992 г. № 1157 «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов».

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Главному врачу ГБУЗ «ДГП № ____ ДЗМ»

Ф. И. О. главного врача

гр. _____

(Ф. И. О. заявителя)

адрес места проживания: _____

адрес места регистрации: _____

документ, удостоверяющий личность _____

Серия _____ № _____ выдан _____

телефон (при наличии указать):

e-mail: _____

заявление.

Прошу направить на медико-социальную экспертизу
моего ребенка _____
законным (уполномоченным) представителем которого я являюсь

(указать Ф. И. О. законного представителя)

С целью:

- установления инвалидности
- разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации и абилитации

Прилагаю следующие документы:

1. Копия паспорта представителя и ребенка (в возрасте 14 лет и старше).

2. Копия свидетельства о рождении ребенка.
3. Копия СНИЛС ребенка.
4. Копия СНИЛС представителя.
5. Копия справки о регистрации по месту жительства — форма № 8 (постоянная регистрация) или форма № 3 (временная регистрация).
6. Заключение ЦПМПК (копия).
7. Характеристика из образовательного учреждения.
8. Копия справки, подтверждающая факт установления инвалидности (при повторном освидетельствовании).
9. Копия медицинской документации из медицинских организаций 3-го уровня за последний год.
- Другое _____
- _____

На обработку персональных данных моего ребенка в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 153-ФЗ «О персональных данных» согласен(а)

Дата _____ 20 ____ г. _____

Подпись _____

Ф. И. О. ребенка _____

Социально-средовые и социально-бытовые данные

Семейное положение

<input type="checkbox"/>	Одинокий	<input type="checkbox"/>	Семейный	<input type="checkbox"/>	Ребенок-сирота	<input type="checkbox"/>	Ребенок, оставшийся без попечения родителей
--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------	--------------------------	---

Характеристика семьи

<input type="checkbox"/>	Полная	<input type="checkbox"/>	Полная многодетная	<input type="checkbox"/>	Неполная	<input type="checkbox"/>	Неполная многодетная
--------------------------	--------	--------------------------	--------------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------------

Роль гражданина, проходящего медико-социальную экспертизу, в семье

<input type="checkbox"/>	Кормилец	<input type="checkbox"/>	Иждивенец
--------------------------	----------	--------------------------	-----------

Число членов семьи _____, в том числе детей-инвалидов в возрасте до 18 лет _____

Из числа членов семьи число инвалидов _____, в том числе детей-инвалидов до 18 лет _____.

Жилье

<input type="checkbox"/>	Не имеет жилья	<input type="checkbox"/>	Отдельная квартира	<input type="checkbox"/>	Собственный дом (часть дома)
<input type="checkbox"/>	Комната в коммунальной квартире	<input type="checkbox"/>	Комната в общежитии	<input type="checkbox"/>	Жилое помещение в учреждении (социального обслуживания, образования, здравоохранения)

Наличие в жилье основных видов удобств

<input type="checkbox"/>	Лифт	<input type="checkbox"/>	Ванная (душ)	<input type="checkbox"/>	Телефон
<input type="checkbox"/>	Мусоропровод	<input type="checkbox"/>	Центральное отопление	<input type="checkbox"/>	Интернет
<input type="checkbox"/>	Горячая вода	<input type="checkbox"/>	Печное отопление	<input type="checkbox"/>	Балкон
<input type="checkbox"/>	Холодная вода	<input type="checkbox"/>	Газ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Канализация	<input type="checkbox"/>	Электричество	<input type="checkbox"/>	

Этаж проживания _____

Наличие отдельной комнаты

<input type="checkbox"/>	Имеет	<input type="checkbox"/>	Не имеет
--------------------------	-------	--------------------------	----------

БЛАНК ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**Характеристика обучающегося**

(Ф. И. О., дата рождения, группа/класс)

Общие сведения:

- дата поступления в ОО;
- состав семьи;
- перечень фактов в период обучения в ОО: переход из ОО в ОО (причины), повторное обучение, наличие помощи, наличие частых, хронических заболеваний и др.);
- программа обучения (дошкольного образования, начального общего, основного общего, среднего общего, профессионального; адаптированная основная (обще) образовательная для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья);
- форма обучения: очная (группа: комбинированная, компенсирующая, общеразвивающая, пристра и ухода и др.; класс: общеобразовательный, компенсирующий), заочная (с применением дистанционных форм обучения), очно-заочная (на дому);
- получаемая коррекционно-развивающая, психолого-педагогическая помощь (педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог).

Информация об условиях и результатах образования ребенка в ОО

1. Динамика (показатели) эмоционально-личностного развития, моторного, познавательного развития.

Эмоционально-личностное своеобразие отношений:

- специфика отношений со взрослыми, сверстниками;
- наличие понимания имеющихся затруднений, особенностей;
- критичность отношения к успехам и неудачам;
- особенности поведения в свободной, организованной деятельности;
- показатели личностного развития: принятие помощи, личные интересы, достижения, самостоятельность, самообслуживание и бытовые навыки и т.д.

2. Динамика (показатели) изменения физического, моторного развития: состояние крупной и мелкой моторики, ведущая рука и другие специфические показатели.

3. Динамика (показатели) познавательного развития, речевого развития: особенности, специфика познавательных процессов, влияющих на результативность обучения.

4. Динамика (показатели) изменения состояния деятельности (игровой, учебной, продуктивной). Для ребенка, обучающегося по АООП, указать коррекционно-развивающие курсы, динамику в коррекции нарушений.

5. Динамика освоения программного материала (указывается соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям программы с оценкой динамики обученности):

- для обучающегося по программе дошкольного образования: достижение целевых ориентиров (в соответствии с годом обучения), характер затруднений в линии развития (сенсорный, познавательный, речевой и др.);
- для обучающегося по программе начального, основного, среднего, профессионального образования: достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях.

Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения условий организации процесса образования ребенка.

Дата составления характеристики.

Подписи членов психолого-педагогического консилиума образовательной организации, осуществляющих динамическое наблюдение за обучающимся.

Характеристика заверяется подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица), печатью образовательной организации.

Оригинал характеристики родители (законные представители) обучающегося предоставляют в ЦПМП г. Москвы.

Приложение 4

Руководителю ЦПМПК г. Москвы
Дониченко О.Г.

(Ф. И. О. полностью) _____

паспорт: _____

выдан _____

зарегистрированного(ой) по адресу:

контактный телефон: _____

заявление.

Прошу провести комплексное обследование (Ф. И. О. обследуемого) _____

(дата рождения) _____ с целью (отметить необходимое):

- получения заключения (рекомендаций)
- о создании специальных условий для получения общего образования, профессионального обучения, дополнительного образования;
- о создании специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего / среднего общего образования;
- об оказании психолого-педагогической помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации и представить мне заключение психолого-медико-педагогической комиссии¹;

¹ В случае несогласия родителей (законных представителей) с заключением ЦПМПК г. Москвы и возникновения спорных вопросов родитель (законный представитель) имеет право обжаловать заключение в межведомственной конфликтной комиссии в соответствии с приказом департамента образования города Москвы от 28.05.2015 № 245 «О межведомственной конфликтной комиссии центральной психолого-медико-педагогической комиссии города Москвы».

— получения консультирования

по вопросам создания необходимых условий для получения образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; лиц, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, и обучающихся, направленных комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных / персональных данных моего ребенка в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

(дата)

(подпись)

(Ф.И. О. законного представителя)

С целью улучшения качества обслуживания и обеспечения безопасности ведется видеонаблюдение. Даю согласие / не даю согласия

Алгоритм получения заключения ЦПМПК г. Москвы о создании специальных условий для получения образования

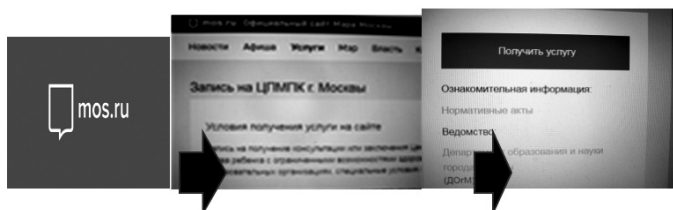
Родитель (законный представитель) обучающегося

Шаг 1

Обращается в медицинскую организацию, подведомственную департаменту здравоохранения г. Москвы, для прохождения ребенком медицинского обследования с целью получения заключения врачебной комиссии, которое является обязательным для представления в ЦПМПК (Приложение 1 к приказу ДЗМ от 11.10.2021 № 975)

Шаг 2

При наличии медицинского заключения исключительно законный представитель (родитель, усыновитель, опекун, попечитель) записывает ребенка на ЦПМПК г. Москвы строго через свой личный кабинет на официальном портале мэра и правительства Москвы (mos.ru) в разделе «Услуги» — «Образование» — «Детский сад» / «Школа» / «Колледж» — «Запись на ЦПМПК города Москвы» с целью обращения
«Заключение ЦПМПК о создании специальных условий образования»
(предварительная запись на ЦПМПК г. Москвы возможна при наличии медицинского заключения, выданного в соответствии с приказом № 975 ДЗМ от 11.10.2021, Приложение 2)



Родитель (законный представитель) обучающегося в момент записи на портале самостоятельно выбирает адрес, по которому будет произведен прием в ЦПМПК г. Москвы, дату и время приема

Шаг 3

Приходит с обучающимся на процедуру психолого-педагогического обследования в ЦПМПК согласно предварительной записи на портале с пакетом документов, необходимых для предоставления в ЦПМПК г. Москвы согласно перечню.

Обследование обучающегося проводится специалистами ЦПМПК г. Москвы в присутствии родителя (законного представителя)

Родитель (законный представитель) обучающегося

Шаг 4

Получает заключение ЦПМПК г. Москвы, сформированное по результатам обследования в ЦПМПК г. Москвы:

- в срок не позднее 5 рабочих дней после даты проведения приема;
- при предъявлении паспорта;
- по адресу: г. Москва, ул. Долгоруковская, дом 5 (понедельник — пятница, 9:00–19:00)

Шаг 5

Предоставляет директору школы:

- оригинал заключения ЦПМПК г. Москвы;
- письменное заявление о реализации специальных условий обучения и воспитания в соответствии с заключением ЦПМПК г. Москвы.

Заключение ЦПМПК г. Москвы действительно для предоставления родителем (законным представителем) обучающегося в школу в течение календарного года с даты его подписания

Школа

Шаг 1

Реализует специальные условия обучения и воспитания для обучающегося на основании письменного заявления родителя (законного представителя) в соответствии с заключением ЦПМПК г. Москвы

ЗАПИСЬ НА ЦПМПК Г. МОСКВЫ

**заявитель — родитель (законный представитель:
усыновитель, опекун, попечитель) обучающегося**

Шаг 1

Перед обращением в ЦПМПК пройти с ребенком медицинское обследование и получить медицинское заключение врачебной комиссии (приложение 2 или приложение 3 к приказу ДЗМ от 11.10.2021 № 975), которое является обязательным для представления в ЦПМПК г. Москвы

Перечень медицинских организаций, осуществляющих выдачу медицинских рекомендаций по организации образовательного процесса для лиц с ОВЗ (приложение 1 к приказу ДЗМ от 11.10.2021 № 975)

Шаг 2

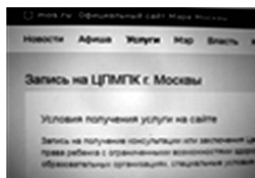
Заявитель — **строго** родитель (законный представитель: усыновитель, опекун, попечитель) обучающегося



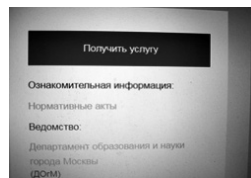
После получения медицинского заключения для записи на ЦПМПК на портале mos.ru **войти** в свой **личный кабинет**

Подача заявления из личного кабинета ребенка, третьих лиц **не допускается**

В разделе «Услуги» — «Образование» — «Детский сад» / «Школа» / «Колледж» или в поисковой строке найти услугу «Запись на ЦПМПК города Москвы»



Нажать на кнопку
**«Получить
услугу»**



Шаг 3

Заполнить поля заявления

Основные сведения

- Выбрать цель обращения:
 - ✓ заключение ЦПМПК г. Москвы о создании специальных условий образования;
 - ✓ заключение ЦПМПК г. Москвы о создании специальных условий ГИА;
 - ✓ заключение ЦПМПК г. Москвы о создании специальных условий образования для детей 8 лет на 1 сентября следующего учебного года;
 - ✓ консультация родителей (законных представителей) специалистами ЦПМПК г. Москвы (не предполагает выдачи заключения ЦПМПК г. Москвы).
- Внести сведения о ребенке:
 - ✓ Ф. И. О., дата рождения, пол (строго согласно документу, удостоверяющему личность, — свидетельству о рождении ребенка);
 - ✓ сведения об образовательной организации;
 - ✓ сведения о медицинском заключении (приложение 2 или приложение 3 к приказу ДЗМ от 11.10.2021 № 975) — обязательно для получения заключения ЦПМПК г. Москвы.
- Внести сведения о заявителе* (родителе, законном представителе — усыновителе, опекуне, попечителе):
 - ✓ Ф. И. О., дата рождения (строго согласно документу, удостоверяющему личность);
 - ✓ контактный телефон, E-mail.

* Родители (законные представители) предъявляют в комиссию документ, удостоверяющий их личность, и документы, подтверждающие их полномочия по представлению интересов ребенка.

**НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ВНЕСЕНИЕ
НЕДОСТОВЕРНЫХ ДАННЫХ****ОТКАЗ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
УСЛУГИ**

Шаг 4

Выбрать место и время

ОТМЕНА ЗАПИСИ НА ЦПМПК Г. МОСКВЫ

Шаг 1

В личном кабинете на портале mos.ru в разделе «Заявки» найти заявку на услугу «Запись на ЦПМПК г. Москвы»

Шаг 2

Нажать на ссылку
«Отозвать заявление»

Шаг 2

Установить галку в окне
«Прошу отменить запись в ЦПМПК г. Москвы»

Шаг 3

Нажать кнопку **«Отправить»** для отправки заявления

Учебное издание

Шатова Евгения Александровна

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ
ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА
ПО ОФОРМЛЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКА**

Выпускающий редактор и корректор Г.А. Кайнова
Подготовка оригинал-макета О.В. Майер

Подписано в печать 20.05.2023. Формат 60x84/16.
Усл. печ. л. 5,6. Тираж 100 экз. Заказ 1754.

Издательство «Бук». 420029, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.
Отпечатано в типографии «Т8 Издательские Технологии»,
г. Москва, Волгоградский пр-т, д. 42, корп. 5