

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
соціальної політики України
28 травня 2021 року № 278

АНКЕТА* № _____
на виготовлення (забезпечення) крісла колісного (з ручним керуванням /
електричним приводом)

Для забезпечення кріслом колісним з ручним керуванням / електричним приводом (необхідне підкреслити)

Дата _____

До особової картки особи № _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) _____

2. Дата народження _____, стать: ☐ чоловіча ☐ жіноча

3. Працюючий(а): ☐ так ☐ ні

4. Місце проживання/перебування (фактичне) _____

5. Контактні телефони _____

6. Електронна адреса _____

7. Зріст _____

8. Вага _____

9. Можливість/неможливість самостійного керування кріслом колісним обома або однією рукою: _____

10. Використання крісла колісного переважно у приміщенні та частково на вулиці / тільки на вулиці: _____

11. Наявність психічних захворювань, порушення свідомості або обмеження рухів верхніх кінцівок: _____

12. Наявність виражених деформацій хребта, таза та нижніх кінцівок, захворювань центральної або периферичної нервової системи: _____

13. Потреба в підтримці плечового поясу, голови: _____

14. Потреба в сидінні з елементами додаткової підтримки: _____

15.** Можливість пересуватися на невеликі відстані по рівній поверхні та нездатність самостійно долати перешкоди: _____

16.** Можливість пересуватися на значні відстані, в тому числі по нерівній поверхні, та самостійно або зі сторонньою допомогою долати невеликі перешкоди: _____

17.** Можливість необмеженого пересування, в тому числі по нерівній поверхні, та самостійно долати перешкоди: _____

18.** Використання у заняттях спортом: _____

19. Соціальна активність (користувач перебуває у трудових відносинах, зареєстрований як фізична особа - підприємець, провадить незалежну професійну діяльність, навчається, служить, займає виборну посаду) _____

Додаткові питання для вибору багатофункціональних крісел колісних

1. Потреба періодично лежати (кут нахилу між сидінням та спинкою до 180 градусів): _____

2. Потреба в пасивній зміні кута нахилу системи опори тіла з метою профілактики спастичних розладів, пролежнів, тетрапарезу та важких вегетативних розладів: _____

3. Потреба в частому транспортуванні (власним або громадським транспортом): _____

Вид призначеного крісла колісного: _____

Модель крісла колісного: _____

Шифр крісла колісного: _____

Додаткове спеціальне оснащення: _____

Додаткові побажання щодо опцій, визначених наказом Міністерства соціальної політики України від 17 березня 2021 року № 134 "Про затвердження Порядку призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції", зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 01 квітня 2021 року за № 429/36051: _____

Своїм підписом цієї анкети я засвідчую, що надав(ла) правдиві дані у повному обсязі. Анкету заповнено з моїх слів правильно. З підбором крісла колісного відповідно до моїх функціональних можливостей згоден(на). Інструктаж з техніки безпеки та експлуатації крісла колісного прослухав(ла).

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Лікар / фахівець із фізичної реабілітації

(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

Особа з інвалідністю / постраждалий внаслідок антитерористичної операції / законний представник дитини з інвалідністю / уповноважена особа

(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

Працівник підприємства,
відповідальний за оформлення анкети

(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

** Пункти 15 - 18 щодо забезпечення кріслом колісним з електричним приводом не заповнюються.

**Генеральний директор
Директорату соціального
захисту прав осіб з інвалідності**

О. Полякова