**Методичні рекомендації щодо формування Фондом соціального захисту інвалідів переліку реабілітаційних установ, закладів охорони здоров’я, які здійснюють заходи із реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу**

Порядком використання у 2019 році коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок дитячого церебрального паралічу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.03.2019 № 309 передбачено, що бюджетні кошти спрямовуються на відшкодування закладам охорони здоров’я, реабілітаційним установам вартості заходів із реабілітації дітей внаслідок дитячого церебрального паралічу, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (далі - реабілітаційна установа).

*Відповідно до Закону України „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” реабілітаційна установа ‒ установа, підприємство, заклад, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації.*

*Відповідно до Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я заклад охорони здоров'я” заклад охорони здоров’я ‒ юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.*

Перелік реабілітаційних установ формується Фондом соціального захисту інвалідів (далі – Фонд) згідно із заявницьким принципом реабілітаційної установи.

**Для включення до вищезазначеного переліку реабілітаційні установи повинні надати Фонду:**

заяву (у довільній формі) про включення до переліку реабілітаційних установ, які здійснюють заходи із реабілітації дітей внаслідок дитячого церебрального паралічу;

загальну інформацію про реабілітаційну установу, наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики (за рекомендованою формою, що додається до заяви).

Інформацію необхідно надавати до Фонду на поштову адресу: 04050, м. Київ, вул. Глибочицька, 72; та / та на електрону пошту: [secretarfszi@ukr.net](mailto:secretarfszi@ukr.net)

Фонд на підставі поданих заяв реабілітаційних установ протягом 5 календарних днів з дня їх отримання:

формує перелік реабілітаційних установ, який оприлюднюється на офіційному веб-сайті Фонду та надається Мінсоцполітики;

формує реєстр реабілітаційних установ для централізованого банку даних з проблем інвалідності.

Інформація Фондом оновлюється постійно, по мірі надходжень заяв реабілітаційних установ.

Даний перелік реабілітаційних установ (з посиланням на веб-сторінку Фонду) розміщується на веб-сайті Мінсоцполітики, місцевих та регіональних органів.

**Щодо отримання реабілітаційними установами, закладами охорони здоров’я доступу до Централізованого банку даних з проблем інвалідності** (постанова Кабінету Міністрів України від 16.02.2011 № 121 „Про затвердження Положення про централізований банк даних з проблем інвалідності” (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2018 № 1205) слід звертатися до Фонду соціального захисту інвалідів.

*Рекомендаційна форма, що додається до заяви*

1. **Загальна інформація про реабілітаційну установу, заклад охорони здоров’я**

|  |  |
| --- | --- |
| Повна назва реабілітаційної установи, закладу охорони здоров’я |  |
| Скорочена назва реабілітаційної установи, закладу охорони здоров’я |  |
| Фактична адреса |  |
| Юридична адреса |  |
| Телефон, тел./факс |  |
| Електронна пошта |  |
| Веб-сайт |  |
| Код за ЕДРПОУ |  |
| Банківські реквізити (для укладання договору) |  |
| Прізвище, ім’я , по батькові директора, засіб зв’язку |  |
| Категорії осіб, що обслуговує реабілітаційна установа, заклад охорони здоров’я |  |
| Загальна кількість місць (всього на 1 січня поточного року):  при амбулаторному режимі реабілітації  при стаціонарному режимі реабілітації |  |
| Режим роботи (зазначити, наприклад - цілорічний) |  |
| Інформація про установчі документи та структуру реабілітаційної установи.  (положення (статут) про реабілітаційну установу (копію додати до цієї форми, або зазначити чітке посилання на веб-сайт де можна з ним ознайомитись) |  |

1. **Інформація щодо ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики** (додати копію документу)

|  |  |
| --- | --- |
| Ліцензія серія, №, строк |  |

1. **Інформація щодо реабілітаційних заходів для дітей з інвалідністю внаслідок ДЦП**

(до 0,5 сторінки друкованого тексту; зазначити чітке посилання на сторінку веб-сайту реабілітаційної установи де можна ознайомитись з повним переліком реабілітаційних заходів для дітей з інвалідністю внаслідок ДЦП, які надаються реабілітаційною установою, методи, що застосовуються; наявність у реабілітаційній установі відповідного кваліфікованого штату працівників, матеріально-технічної бази; зазначити інші послуги, які надаються реабілітаційною установою, наприклад з харчування, проживання).

Достовірність наданої інформації підтверджую.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис керівника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) |