ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної політики України  
06 липня 2022 року № 195

**АНКЕТА\* № \_\_\_\_\_\_\_  
 на виготовлення (забезпечення) засобів для ходіння,  
 керованих однією рукою**

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ До особової картки особи № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, стать: чоловіча жіноча



3. Паспорт (інший документ, що посвідчує особу): серія \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ким, дата)

4. Працюючий(а): так ні



5. Зареєстроване або задеклароване місце проживання (перебування) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Контактні телефони \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Електронна адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Зріст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Вага \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Обмеження функцій

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показання для призначення | Палиця | Палиця тактильна (біла тростина) | Палиця з трьома або більше ніжками | Милиці ліктьові | Милиці ліктьові з трьома або більше ніжками | Милиці з опорою на передпліччя | Милиці пахвові |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Патологічні стани, що супроводжуються затрудненою ходою з обмеженням здатності до пересування I–II ступеня при збереженні функції або легкому обмеженні функції верхніх кінцівок на рівні кисті | + | – | – | – | – | – | – |
| Стійке порушення функції зору одного ока або ока, яке краще бачить, III ступеня (високий ступінь слабкозорості: гострота зору 0,05–0,1 та/або концентричне звуження поля зору до 20°) або IV ступеня (абсолютна або практична сліпота: гострота зору 0–0,04 та/або концентричне звуження поля зору до 10°) | – | + | – | – | – | – | – |
| Патологічні стани, що супроводжуються затрудненою ходою з обмеженням здатності до пересування I–II ступеня при збереженні функції або легкому обмеженні функції верхніх кінцівок на рівні кісті, за умови часткової здатності до підтримування рівноваги, балансування, координації рухів | – | – | + | – | – | – | – |
| Набута або вроджена відсутність нижніх кінцівок на будь-якому рівні (за винятком пальців) при збереженні функції або легкому обмеженні функції верхніх кінцівок на рівні кисті та променезап’ясткового суглоба | – | – | – | + | – | – | – |
| Набута або вроджена відсутність нижніх кінцівок на будь-якому рівні (за винятком пальців) при збереженні функції або легкому обмеженні функції верхніх кінцівок на рівні кисті та променезап’ясткового суглоба за умови часткової здатності до підтримування рівноваги, балансування, координації рухів | – | – | – | – | + | – | – |
| Набута або вроджена відсутність нижніх кінцівок на будь-якому рівні (за винятком пальців) при збереженні функції або суттєвому обмеженні функції верхніх кінцівок на рівні | – | – | – | – | – | + | – |
| кисті та променезап’ясткового суглоба |  |  |  |  |  |  |  |
| Набута або вроджена відсутність нижніх кінцівок на будь-якому рівні (за винятком пальців) при збереженні функції або суттєвому обмеженні функції верхніх кінцівок на рівні кисті, променезап’ясткового та ліктьового суглоба | – | – | – | – | – | – | + |

11. Умови (особливості) використання

|  |  |
| --- | --- |
| Показання для призначення | Наявність пристрою протиковзання |
| Необхідність пересування по слизьких поверхнях | + |
| Період активного зростання, використання взуття з різною висотою підборів | – |

12. Конструктивні особливості засобів для ходіння, керованих однією рукою:

виготовлені з металу;

виготовлені з деревини.

13. Найменування виробу та код згідно з ISO 9999 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Своїм підписом цієї анкети я засвідчую, що надав(ла) правдиві дані у повному обсязі. Анкету заповнено з моїх слів правильно. З підбором засобів для ходіння, керованих однією рукою, відповідно до моїх функціональних можливостей згоден(на). Інструктаж з техніки безпеки та експлуатації 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  
засобами реабілітації.

Лікар / фахівець із фізичної реабілітації

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ) (підпис)

Особа з інвалідністю / учасник бойових дій / постраждалий / законний представник дитини з інвалідністю / уповноважена особа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ) (підпис)

Працівник підприємства,  
відповідальний за оформлення анкети \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Власне ім’я ПРІЗВИЩЕ) (підпис)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».