ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства соціальної політики України  
29 вересня 2021 року № 551

**АНКЕТА\* № \_\_\_\_\_\_\_  
 на виготовлення (забезпечення) допоміжних засобів  
 для переміщення або переносу**

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.** Обмеження функцій

|  |  |
| --- | --- |
| Показання для призначення | Кошик (стілець) для перенесення |
| Необхідність переміщення з ліжка, крісла колісного, стільця тощо в положенні сидячи | + |

**10.** Умови (особливості) використання

|  |  |
| --- | --- |
| Показання для призначення | Наявність металевого каркасу |
| Велика вага, необхідність додаткової опори при перенесенні | + |

11. Найменування виробу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Своїм підписом цієї анкети я засвідчую, що надав(ла) правдиві дані у повному обсязі. Анкету заповнено з моїх слів правильно. З підбором допоміжних засобів для переміщення або переносу 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 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) |

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

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