**Приложение 3**

ФОРМА

предоставления органами исполнительной власти Республики Крым,

управлениями образованием муниципальных районов и городских округов,

территориальными психолого-медико-педагогическими комиссиями и

организациями, осуществляющими образовательную деятельность независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них

индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий

в сфере образования в Государственное бюджетное учреждение Республики Крым,

**осуществляющее обучение, «Крымский республиканский центр**

**психолого- педагогического и медико-социального сопровождения»**

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

*(наименование и адрес организации, предоставляющей информацию об исполнении мероприятий в сфере образования, возложенных ИПРА ребенка-инвалида)*

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

*(контактные данные работника организации, уполномоченного на предоставление информации об исполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида (Ф.И.О., должность, номер телефона, адрес электронной почты)*

**1. Общие данные об инвалиде (ребенке-инвалиде)**

ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) N \_\_\_ к протоколу

проведения медико-социальной экспертизы гражданина

N \_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения: день \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Возраст (число полных лет (для ребенка в возрасте до 1 года число полных

месяцев): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается

адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской

Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида (ребенка-инвалида),

выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации)

(указываемое подчеркнуть):

4.1. государство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.2. почтовый индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.3. субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.4. район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

4.5. населенный пункт (4.5.1. │ │ городское поселение 4.5.2. │ │ сельское

└─┘ └─┘

поселение): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.6. улица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.7. дом/корпус/строение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.8. квартира: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐

5. Лицо без определенного места жительства │ │

└─┘

┌─┐

6. Лицо без постоянной регистрации │ │

└─┘

7. Контактная информация:

7.1. Контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.2. Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Страховой номер индивидуального лицевого счета: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Причины неисполнения мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида**

**(ИПРА ребенка-инвалида)**

┌─┐

│ │ Инвалид (ребенок-инвалид) либо законный (уполномоченный) представитель

└─┘

не обратился в соответствующий орган государственной власти, орган местного

самоуправления, организацию независимо от организационно-правовых форм за

предоставлением мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА

ребенка-инвалида).

┌─┐

│ │ Инвалид (ребенок-инвалид) либо законный (уполномоченный) представитель

└─┘

отказался от того или иного вида, формы и объема мероприятий,

предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида).

┌─┐

│ │ Инвалид (ребенок-инвалид) либо законный (уполномоченный) представитель

└─┘

отказался от реализации ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в целом.

┌─┐

│ │ Причины неисполнения мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА

└─┘

ребенка-инвалида) при согласии инвалида (ребенка-инвалида) либо законного

(уполномоченного) представителя на их реализацию:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указываются причины неисполнения мероприятий, предусмотренных ИПРА

инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) по каждому невыполненному мероприятию)

Дата направления информации: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель организации, предоставляющей

информацию об исполнении мероприятий

в сфере образования,

возложенных ИПРА ребенка-инвалида,

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

(подпись) (фамилия, инициалы)

М.П.

**Примечания:**

1. Форма заполняется органами исполнительной власти Республики Крым, управлениями образованием муниципальных районов и городских округов,территориальными психолого-медико-педагогическими комиссиями илиорганизациями путем внесения сведений об исполнении мероприятий в сфере образования, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида.

Часть данных отмечается условным знаком "X", вносимым в соответствующие квадраты, свободные строки предназначены для текстовой информации.

2. Данные [раздела 1](#P73) "Общие данные об инвалиде (ребенке-инвалиде)" должны соответствовать данным выписки из ИПРА ребенка-инвалида.