



МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
городской округ город Ханты-Мансийск

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ
города Ханты-Мансийска

ПРИКАЗ

О порядке межведомственного взаимодействия по предоставлению информации о детях с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения в городе Ханты-Мансийске

« 31 » 05 20 18 г.

№ 448

Во исполнение приказа Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры/Департамента образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа-Югры от 07.03.2018 №235/255 «О порядке межведомственного взаимодействия по предоставлению информации о детях с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре», в целях совершенствования организации межведомственного взаимодействия по раннему выявлению детей с особенностями развития и создания для них особых условий обучения

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Директору муниципального бюджетного учреждения дополнительного образования «Центр психолого-медико-педагогической и социальной помощи» И.Г. Бондаревой:

1.1. Руководствоваться в деятельности порядком межведомственного взаимодействия по предоставлению информации о детях с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения (Приложение).

1.2. Обеспечить учет и организацию работы в отношении несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения.

2. Признать утратившим силу приказ Департамента образования Администрации города Ханты-Мансийска от 03.10.2016 года №677 «Об учете данных о несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения».

3. Назначить ответственным за исполнение настоящего приказа директора муниципального бюджетного учреждения дополнительного образования «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» И.Г. Бондареву:

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор

Ю.М. Личкун

Порядок
межведомственного взаимодействия по предоставлению информации
о детях с ограниченными возможностями здоровья,
нуждающихся в создании особых условий обучения
(далее – Порядок)

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок разработан в целях выявления, учета и организации индивидуальной работы в отношении несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья (далее также – дети с ограниченными возможностями здоровья), нуждающихся в создании особых условий воспитания и обучения, и рассматривается как комплекс действий медицинских специалистов и специалистов психолого-медико-педагогических комиссий, направленных на реализацию права несовершеннолетних на образование, а также на создание особых условий для реализации их права на образование.

1.2. Порядок определяет систему межведомственного взаимодействия Департамента образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, а также иных организаций, осуществляющих деятельность в области образования и здравоохранения в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, в целях выявления, учета и организации индивидуальной работы в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения.

2. Основные задачи межведомственного взаимодействия по предоставлению информации о детях с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения

2.1. Основными задачами межведомственного взаимодействия при осуществлении действий специалистов медицинских организаций и специалистов психолого-медико-педагогических комиссий по выявлению, учету и организации индивидуальной работы в отношении

детей с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, являются:

2.1.1. Определение механизма раннего выявления детей с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения.

2.1.2. Проектирование и реализация для них индивидуальных программ образования на ранних ступенях их развития.

2.1.3. Предоставление комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, нуждающимся в создании особых условий обучения.

3. Целевая группа несовершеннолетних

К целевой группе несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, в отношении которых организуется и осуществляется работа по созданию особых условий обучения, отнесены дети, имеющие заболевания, включенные в перечень заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому, утвержденный приказом Минздрава России от 30.06.2016 № 436н, без учета особенности течения заболевания.

4. Осуществление деятельности по выявлению, учету и организации индивидуальной работы в отношении несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения

4.1. Специалисты медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, подведомственные Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – медицинские организации):

4.1.1. В ходе исполнения своих должностных обязанностей осуществляют диагностику (в т.ч. первичную) заболеваний детей, которые являются основанием для создания особых условий обучения.

4.1.2. При установлении у несовершеннолетнего заболевания (в т.ч. установленного впервые в жизни), в связи с которым возникнет необходимость проведения ребенку психолого-медико-педагогического обследования в целях создания особых условий обучения, специалист медицинской организации информирует об этом родителей (законных представителей) несовершеннолетнего и предоставляет памятку о необходимости прохождения психолого-медико-педагогической комиссии (приложение 1).

4.1.3. В случае согласия на проведение дальнейших диагностических процедур родителями (законными представителями)

подписывается добровольное информированное согласие, заполняемое по форме, в соответствии с приложением 2 к настоящему приказу.

4.1.4. Медицинский работник, установивший у ребенка заболевание, являющееся основанием для создания особых условий обучения, направляет информацию согласно форме (приложение 3) и добровольное информированное согласие родителей (законных представителей) (приложение 2) ответственному специалисту медицинской организации, назначенному приказом руководителя медицинской организации (далее - ответственный специалист медицинской организации).

4.1.5. Ответственный специалист медицинской организации осуществляет сбор, регистрацию, учет сведений о несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, путем внесения данных в «Журнал выявления и учета несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения» (далее - Журнал) (приложение 4).

4.1.6. В течение трех рабочих дней с момента получения информации о ребенке ответственный специалист медицинской организации направляет информацию о несовершеннолетнем согласно форме (приложение 3) и добровольное информированное согласие родителей (законных представителей) в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию (далее - ТПМПК).

4.1.7. В случае отказа родителей (законных представителей) несовершеннолетнего от проведения ребенку психолого-медико-педагогического обследования и от оформления добровольного информированного согласия, информация о ребенке направляется медицинским работником в адрес ответственного специалиста медицинской организации по форме (приложение 3), в целях регистрации в Журнале сведений о ребенке в полном объеме.

При дальнейшей передаче сведений ответственным специалистом медицинской организации в ТПМПК направляются данные о ребенке согласно приложению 5.

4.1.8. Итоговая информация о детях с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, в соответствии с формой (приложение 5) направляется ответственным специалистом медицинской организации в адрес отдела охраны здоровья детей управления медицинской помощи детям и службы родовспоможения Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры два раза в год в срок до 10 июля (за 1 полугодие), до 20 января (за год) отчетного года.

4.2. Ответственное лицо ТПМПК:

4.2.1. Осуществляет сбор, регистрацию, учет данных о несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья,

нуждающихся в создании особых условий обучения, поступивших от ответственного специалиста медицинской организации путем внесения данных в «Журнал регистрации и учета несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения» (приложение 6).

4.2.2. В течение трех рабочих дней с момента получения информации от ответственного специалиста медицинской организации о несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, письменно информирует родителей (законных представителей) об организации и проведении психолого-медико-педагогического обследования (далее – обследование) с указанием перечня необходимых документов для обследования.

4.2.3. После подачи родителями (законными представителями) необходимых документов для обследования информирует родителей (законных представителей) о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования.

4.2.4. После обследования заносит сведения о результатах обследования в реестр данных о детях с ограниченными возможностями здоровья.

4.2.5. Готовит сводную информацию о несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, по форме (приложение 7).

4.2.6. Направляет сводную информацию о несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, в центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее - ЦПМПК) два раза в год в срок до 10 июля (за 1 полугодие), до 25 января (за год) отчетного года.

4.3. Ответственное лицо ЦПМПК:

4.3.1. Осуществляет количественный учет данных о несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, по данным, поступившим от ТПМПК.

4.3.2. Проводит сверку поступивших данных о несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, с Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, в срок не позднее 5 дней со дня поступления информации от ТПМПК.

4.3.3. Формирует банк данных по несовершеннолетним с ограниченными возможностями здоровья, нуждающимся в создании особых условий обучения.

4.3.4. Два раза в год анализирует и обобщает результаты межведомственной деятельности с учетом информации, поступившей от Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, по выявлению, учету несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения.

4.3.5. Направляет сводную информацию о несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, в Департамент образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры два раза в год в срок до 30 сентября (за первое полугодие), до 20 февраля (за год) отчетного года.

**Памятка для родителей о прохождении
психолого-медико-педагогической комиссии**

Уважаемые родители!

Психолого-педагогическая помощь предоставляется в образовательных организациях, центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям, испытывающим трудности в освоении основной образовательной программы, развитии и социальной адаптации, а также детям с ограниченными возможностями здоровья, детям-инвалидам.

Если Ваш ребенок испытывает трудности в освоении основной образовательной программы, развитии и социальной адаптации, то необходимая психолого-педагогическая помощь может включать в себя:

- 1) психолого-педагогическое консультирование ребенка, его родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- 2) коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия с ребенком, логопедическую помощь ребенку;
- 3) помощь ребенку в профориентации, получении профессии и социальной адаптации.

(Статья 42, Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года).

Ребенку предоставляется психолого-педагогическая помощь в образовательной организации, которую он посещает, или в центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, который есть в каждом муниципальном образовании. Психолого-педагогический консилиум образовательной организации или центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи определяет направление коррекционно-развивающих и компенсирующих занятий, логопедической помощи обучающимся, их объем.

Заключение врачебной комиссии и заключение территориальной психолого-медико-педагогической комиссии не требуется.

Если Ваш ребенок является ребенком с ограниченными возможностями здоровья или ребенком-инвалидом, то психолого-педагогическая помощь является составной частью специальных условий для его обучения и воспитания.

Специальные условия обучения – это:

- ✓ образовательные программы и методы обучения и воспитания;
- ✓ специальные учебники, учебные пособия и дидактические материалы;
- ✓ технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования;
- ✓ предоставление услуг ассистента (помощника);
- ✓ проведение коррекционных занятий специалистами психолого-педагогического сопровождения: психологом (педагогом-психологом), учителем-логопедом, учителем-дефектологом;
- ✓ обеспечение доступа в здание организаций (доступная среда).

(Статья 79 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года.)

Для того, чтобы ребенку в образовательной организации были созданы специальные условия обучения и воспитания, необходимо предоставить заключение территориальной (центральной) психолого-педагогической комиссии. Перечень документов, необходимых для предоставления на комиссию:

Заявление о проведении обследования или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)
Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по предоставлению интересов ребёнка
Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
Заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации (при наличии)
Заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего (их) психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся (при наличии, если ребенок посещает образовательную организацию):
учителя-логопеда
педагога-психолога
дефектолога
Заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций)
Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ
СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ В ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ**

г. _____

« ____ » _____ 20__ г.

Я,

Ф.И.О. (полностью), год рождения

паспорт: _____ выдан _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель):

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, год рождения)

Настоящим даю свое согласие на участие лица, законным представителем которого я являюсь, в психолого-медико-педагогических обследованиях, обработку его персональных данных, которые проводятся психолого-медико-педагогической комиссией (далее – ПМПК) в целях наиболее полного исполнения выбранной мной образовательной организацией своих обязанностей и компетенций, определенных Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», а также принимаемыми в соответствии с ним другими законами и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации в области образования.

Я проинформирован(а), что мне гарантируется:

получение информации обо всех видах планируемых психолого-медико-педагогических обследований;

полученные в ходе обследования данные обследования моего ребенка (подопечного) могут быть использованы для составления заключения ПМПК об особенностях развития моего ребенка (подопечного) и переданы в Центральную ПМПК Хanty-Мансийского автономного округа – Югры с сохранением конфиденциальности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации о передаче персональных данных;

получение информации о результатах проведенных обследований ребенка (подопечного) и консультации специалистов в случае возникновения вопросов.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного заявления, которое может быть направлено мною в адрес _____ « _____ » по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю руководства _____ « _____ »

Также я информирован(а) о том, что в соответствии со ст. 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я несу полную ответственность за сохранение здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на проведение консультирования мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Подпись гражданина (законного представителя) _____
(Фамилия, имя, отчество)

Настоящий документ оформлен мной (Должность специалиста, фамилия, имя, отчество, подпись)

Приложение 3
к Порядку

(наименование медицинской организации)

**ИНФОРМАЦИЯ О ВЫЯВЛЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В
СОЗДАНИИ ОСОБЫХ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ***

(организация, куда направляется информация)

Сведения о несовершеннолетнем*

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Домашний адрес/фактический адрес
проживания _____

Диагноз (код по МКБ-10) _____

Перечень имеющихся у ребенка проблем, обусловленных состоянием здоровья:
-проблемы, _____ связанные _____ с
обучением _____

-проблемы в сфере общения и поведения _____
-проблемы, обусловленные _____ девиантным _____ и _____ аддиктивным
поведением _____

- прочие _____

Сведения о законном представителе*:

Фамилия, имя отчество _____

Дата рождения _____

Домашний адрес/фактический адрес проживания _____

Контактный _____

телефон _____

Фамилия, имя, отчество, должность
врача, подготовившего информацию _____
(подпись)

М.П. (печать врача)

Дата выдачи «__» _____ 20__ г.

Подпись заведующего отделением/председателя врачебной комиссии

М.П. (печать медицинской организации)

*-персональные данные пациента и его законного представителя указываются только при оформлении родителем (законным представителем) добровольного информированного согласия. При отказе от оформления добровольного информированного согласия в информации указывается только дата рождения ребенка, факт установления диагноза, требующего создания особых условий обучения, и перечень возникающих в связи с этим проблем.

Приложение 4
к Порядку

Журнал

выявления и учета несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья,
нуждающихся в создании особых условий обучения

Начат _____ Окончен _____

№ в/п	Дата поступления и информации	ФИО, должность, специальность, направлений информации, медицинская организация	ФИО, дата рождения, домашний адрес ребенка	Организация обучения ребенка		Диагноз, в связи с которым ребенок нуждается в особых условиях обучения	ФИО законных представителей, контактная информация (домашний адрес, моб. телефон)	Отметка о наличии информировано по согласию	Дата направления информации в ППМПК (вкл. номер), контактная информация применяемого лица	Отметка о создании особых условий обучения (дата, образовательная организация, ответственная за реализацию образовательной программы, кал образовательной программы)	
				Обучается в д/саду	Обучается в школе						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 5 к Порядку

Информация о численности детей с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в создании особых условий обучения, сведения о которых направлены в территориальные психолого-медико-педагогические комиссии за _____ полугодие 20__ года

№ п/п	Медицинская организация, отправка сведений в ТПМК	3	4		5	6		7	8	9							17	18	
			Количество детей, информация о которых передана в ТПМК			Имеется	Отсутствует			Обучаются в образовательных организациях		Из числа несовершеннолетних, родители (законные представители) которых дали добровольное информированное согласие							
				Добровольное информированное согласие родителей (законных представителей)				Обучаются в образовательных организациях		В возрасте							Иной статус		
										До 1 года	От 1 года до 3 лет	От 3 до 7 лет	От 7 до 14 лет	Старше 14 лет	Ребенок с ОВЗ (без инвалидности)	Ребенок-инвалид с ОВЗ	Ребенок-инвалид без ОВЗ	Категория детей льготной категории образования, инвалидизация	Перечень льготной категории (согласно МКБ-10), инвалидизация
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

Приложение 6
к Порядку

Журнал
регистрации и учета несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья,
нуждающихся в создании особых условий обучения
Начат _____ Окончен _____

№ п/п	Дата поступления связи информ. алии	ФИО, должность, направленность информ. мунципально в образовани, организация	ФИО, дата рождения, домашний адрес ребенка	Организация обучения ребенка		Диагноз, в связи с которым ребенок нуждается в особых условиях обучения*	ФИО законных представителей, контактная информация (домашний адрес, моб. телефон)	Отметка о наличии информ. вного согласия	Дата направления информации законным представителем об организации и проведении всхолого-мелкопедогогического обследования ребенка	Дата проведения психолого-медико-педагогического обследования (ТПМПК)	Дата направления информации в ЦПМПК (вкл. номер), контактная информация принимающего лица	Отметка о создании особых условий обучения (дата, образовательная организация, ответственная за реализацию образовательной программы, класс/группа, форма обучения, вид образовательной программы)	
				Обучается в м/салу	в школе								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

*-персональные данные пациента и его законного представителя указываются только при оформлении родителями (законным представителем) добровольного информированного согласия.

