Эрүүл мэндийн сайд, Хөдөлмөр, нийгмийн хамгааллын сайдын 2021 оны ...... сарын .....

-ны өдрийн .......... / .......... дугаар хамтарсан тушаалын дөрөвдүгээр хавсралт

/А5 эхний нүүр/

**Байнгын асаргаа шаардлагатай ахмад настан, хөгжлийн бэрхшээлтэй**

**хүүхэд ба иргэний тодорхойлолт**

...... оны .... дугаар сарын ....-ны өдөр Тодорхойлолтын дугаар ..............

................... аймаг/нийслэлийн ..................... дүүрэг/сум/тосгоны ......................-д оршин суугч .................... регистрийн дугаартай ............... овогтой .............................-д байнгын асаргаа шаардлагатай болохыг тодорхойлов, хугацаа сунгав, асаргааг түр зогсоов, цуцлав, нөхөн сунгав.

Нас ......... Хүйс ............... Өвчний онош ................................. Өвчний олон улсын код ...........

Байнгын асаргаа шаардлагатай хугацаа: а/ 6 сар; б/ 12 сар; в/ 24 сар; г/ 36 сар; д/ хугацаагүй.

**Байнгын асаргаа шаардлагатайг тогтоосон хугацаа:** ...... оны ... дугаар сарын ...-ний өдрөөс ...... оны ... дугаар сарын ...-ний өдрийг хүртэл тогтоов.

**Асаргааг цуцалсан, нөхөн сунгасан хугацаа:**

......................................................... шалтгааны улмаас ...... оны ... дугаар сарын ...-ний өдрөөс байнгын асаргааг цуцлав.

.......................................................... тул ...... оны ... дугаар сарын ...-ний өдрөөс ...... оны ... дугаар сарын ...-ний өдрийг хүртэл нөхөн сунгав.

**Асаргааг түр зогсоосон, нөхөн сунгасан хугацаа:**

......................................................... шалтгааны улмаас ...... оны .... дугаар сарын ....-ний өдрөөс ...... оны ... дугаар сарын ...-ний өдрийг хүртэл асаргааны тэтгэмжийг түр зогсоов.

.......................................................... тул ...... оны ... дугаар сарын ...-ний өдрөөс ...... оны ... дугаар сарын ...-ний өдрийг хүртэл хугацаагүйгээр нөхөн сунгав.

/А5 арын нүүр/

**Тодорхойлолт гаргасан:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тэмдэг | Тэмдэг | Тэмдэг | Тэмдэг |
| ...................аймаг  ......................сум/  тосгоны Эрүүл мэндийн төвийн эрхлэгч их эмч  /........................../  Гарын үсэг: | ...................аймаг  ......................дүүрэг/-ийн Эрүүл мэндийн төв, Нэгдсэн эмнэлгийн Эмнэлэг хяналтын комисс  Дарга ....................  Гишүүд:  Гарын үсэг:   1. ... 2. ... 3. ... 4. ... | Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төвийн их эмч  /........................../  Гарын үсэг: | ...................аймаг/дүүргийн  Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхдийн эрүүл мэнд, боловсрол, нийгмийн хамгааллын салбар комисс  Дарга ............................  Гишүүд:   1. .... 2. ..... 3. ..... 4. .... 5. .... 6. ... |

Санамж: Байнгын асаргаа шаардлагатай ахмад настан, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэний тодорхойлолтыг сум, тосгонд сумын эрүүл мэндийн төвийн эрхлэгч их эмч, аймгийн төв, дүүрэгт эмнэлгийн байгууллагын Эмнэлэг хяналтын комисс, оюуны хөгжлийн бэрхшээлтэй, сэтгэцийн хүнд хэлбэрийн эмгэгтэй иргэний тодорхойлолтыг аймагт Нэгдсэн эмнэлгийн Эмнэлэг хяналтын комисс, нийслэлд Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв, байнгын асаргаа шаардлагатай 0-16 насны хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхдийн тодорхойлолтыг Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхдийн эрүүл мэнд, боловсрол, нийгмийн хамгааллын аймаг, дүүргийн орон тооны бус салбар комисс тус тус гаргана.