

назначение государственного социального пособия по инвалидности принято.

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі

Актыобинская область, Актыоб. обл. МСЭ 5, г. Актобе, ул. Маресьева 101 каб. 217 тел: 8-711

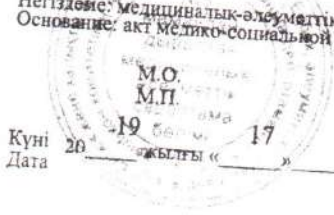
Ақтөбе облысы бойынша дәрігерлік сараптама бөлімі  
№5 мамандандырылған медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімі

МҮТЕДЕКТІК ТУРАЛЫ АНЫҚТАМА  
СПРАВКА ОБ ИНВАЛИДНОСТИ  
серия № 2300088

Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) ШАМАНОВ ТҰРСЫНБЕК БАУЫРЖАНҰЛЫ  
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
Туған күні 2011 жылғы « 6 » сәуір Мекенжайы Байганинский район, с. Караукелды.  
Дата рождения жылғы « » Мекенжайы Адрес Ул. Аэропорт, 13-1. Тел. 87711672404  
Мүтедектік тобы ребенок-инвалид / мүтедек-бала  
Группа инвалидности дети-инвалиды до шестнадцати лет

Мүтедектік себебі  
Причина инвалидности  
Белгіленген күні 20 19 жылғы « 17 » қаңтар Мерзімі 20 жылғы « » бастап есепте.  
Дата установления жылғы « » қаңтар Срок зачета  
Мүтедектік 20 жылғы « 17 » қаңтар дейінгі мерзімге белгіленген  
Инвалидность установлена на срок до дейінгі мерзімге белгіленген

Қайта куәландіру күні 20 21 жылғы « 17 » қаңтар  
Дата переосвидетельствования  
Негіздемесі: медициналық-әлеуметтік сараптаманың № 1190265-046  
Основание: акт медико-социальной экспертизы актісі



Күні 20 19 жылғы « 17 » қаңтар  
Дата  
Бөлім басшысы  
Руководитель отдела

*(Handwritten signature)*  
Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде)  
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)