



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

г. Челябинск

от «25» 06 2019 г.

№ 587

Об утверждении форм документов
для получения единовременной
компенсационной выплаты

В соответствии с постановлением Правительства Челябинской области от 20.02.2018 № 49-П «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, являющимся гражданами Российской Федерации, не имеющим неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60 процентов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, расположенные на территории Челябинской области, и заключившим трудовой договор с медицинской организацией, подведомственной органу исполнительной власти Челябинской области в сфере здравоохранения или органу местного самоуправления, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в перечень вакантных должностей медицинских работников в медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на очередной финансовый год (программный реестр должностей), в размере 1 млн. рублей для врачей и 0,5 млн. рублей для фельдшеров»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:

1) форму заявления на получение единовременной компенсационной выплаты;

2) форму договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику;

3) форму реестра медицинских работников - получателей единовременной компенсационной выплаты.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 29.03.2018 г. № 601 «Об организации работы по заключению договора о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, являющимся гражданами Российской Федерации, не имеющим неисполненных обязательств по договору о целевом обучении, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, расположенные на территории Челябинской области, и заключившим трудовой договор с медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения Челябинской области или органу местного самоуправления, (далее именуется – медицинская организация) на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в программный реестр должностей (далее именуются – медицинские работники), в размере 1 млн. рублей для врачей и 0,5 млн. рублей для фельдшеров».

3. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр» Пластовцу А.И. разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети Интернет.

4. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Исполняющий обязанности Министра



С.И. Приколотин

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «25» 06 2019 г. № 587

Форма

В Министерство здравоохранения Челябинской области

врача - (наименование специальности) / фельдшера

(наименование структурного подразделения)

(наименование медицинской организации)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

дата рождения _____

адрес регистрации по месту жительства: _____

_____,
адрес фактического места проживания в сельском населенном
пункте, либо рабочем поселке, либо поселке городского типа,
либо городе с населением до 50 тысяч
человек по месту работы: _____

телефон _____

ИНН _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

на получение единовременной
компенсационной выплаты

В соответствии с Порядком предоставления единовременных компенсационных
выплат отдельным категориям медицинских работников, утвержденным постановлением
Правительства Челябинской области от 20.02.2018 г. № 49-П, прошу предоставить
единовременную _____ компенсационную _____ выплату _____ в _____ размере
_____ (1000000 руб. (для врача) / 500000 руб. (для фельдшера)).

С условиями и порядком предоставления единовременной компенсационной
выплаты, установленными постановлением Правительства Челябинской области от
20.02.2018 г. № 49-П, ознакомлен(а) и согласен(а).

Подтверждаю, что единовременная компенсационная выплата ранее мне не
предоставлялась, в том числе в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года
№ 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Единовременную компенсационную выплату прошу перечислить на мой банковский
счет, открытый в _____

(указать наименование и адрес кредитной организации)

(подпись заявителя / ФИО)

Получатель _____
(указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии))

Банковские реквизиты:

ИНН: _____

КПП: _____
 БИК: _____
 Корреспондентский счет: _____
 Лицевой счет: _____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим заявлением выражаю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку Министерством здравоохранения Челябинской области моих персональных данных, содержащихся в заявлении и иных представленных для получения единовременной компенсационной выплаты документах. Согласие на обработку персональных данных дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

 (подпись) (расшифровка подписи)
 «__» _____ 20__ года

При наличии у заявителя неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении:

1) реквизиты договора о целевом обучении: _____

_____;

2) заказчик целевого обучения (наименование, адрес): _____

3) существо неисполненных финансовых обязательств: _____

Приложение:

1) копия паспорта (все страницы) или иного документа, удостоверяющего личность на ____ л.;

2) копии документов об образовании и квалификации на ____ л.;

3) копия трудовой книжки с отметкой кадровой службы работодателя о работе в настоящее время на ____ л.;

4) копия трудового договора на ____ л.

«__» _____ 20__ г.

 (подпись заявителя / ФИО)

Форма

ДОГОВОР

о предоставлении единовременной компенсационной
выплаты медицинскому работнику

г. Челябинск

« ____ » _____ 201_ г.

_____, именуемое в дальнейшем
Медицинская организация, в лице _____, действующего на
основании Устава, и гражданин _____,
именуемый в дальнейшем Медицинский работник, в соответствии с постановлением
Правительства Челябинской области от 20.02.2018 г. № 49-П «Об утверждении
Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским
работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, являющимся гражданами
Российской Федерации, не имеющим неисполненных финансовых обязательств по
договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с
укомплектованностью штата менее 60 процентов), прибывшим (переехавшим) на
работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки
городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, расположенные на
территории Челябинской области, и заключившим трудовой договор с
медицинской организацией, подведомственной органу исполнительной власти
Челябинской области в сфере здравоохранения или органу местного
самоуправления, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью
рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса
Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности,
включенной в перечень вакантных должностей медицинских работников в
медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении
которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на
очередной финансовый год (программный реестр должностей), в размере 1 млн.
рублей для врачей и 0,5 млн. рублей для фельдшеров» (далее именуется –
Постановление), заключили настоящий договор (далее именуется – договор) о
нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Медицинская организация обеспечивает предоставление Медицинскому
работнику единовременной компенсационной выплаты из областного бюджета в
размере _____ в соответствии с Постановлением, а
Медицинский работник обязуется исполнять трудовые обязанности,
предусмотренные трудовым договором от _____ № _____,
заключенным с Медицинской организацией (далее именуется – трудовой договор) в
течение пяти лет со дня заключения настоящего договора.

2. Обязательства сторон

2.1. Обязательства Медицинской организации:

2.1.1. Медицинская организация вправе осуществлять контроль за соблюдением Медицинским работником условий настоящего договора.

2.1.2. Медицинская организация обязана:

- предоставить в Министерство здравоохранения Челябинской области (далее именуется – Министерство) один экземпляр настоящего договора в течение 3 дней с момента его заключения;

- направлять в Министерство информацию об исполнении Медицинским работником обязательств по настоящему договору;

- принимать меры по возврату в бюджет Челябинской области части полученной Медицинским работником единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока, в случае неисполнения Медицинским работником обязанности по ее возврату, установленной в подпункте 2.2.2 настоящего договора, а именно: направлять Медицинскому работнику требование о возврате бюджетных средств, а при неисполнении требования – обращаться в суд с исковым заявлением о возврате бюджетных средств;

- соблюдать обязательства в соответствии с трудовым договором;

- письменно уведомлять Министерство о внесении изменений в трудовой договор и (или) о прекращении трудового договора между Медицинским работником и Медицинской организацией до истечения пятилетнего срока исполнения трудовых обязанностей по любым основаниям в течение 3 рабочих дней со дня наступления указанных обстоятельств;

- письменно уведомлять Министерство о предоставлении Медицинскому работнику отпуска по уходу за ребенком, отпуска без сохранения заработной платы, превышающего 14 календарных дней, до истечения пятилетнего срока исполнения трудовых обязанностей в течение 3 рабочих дней со дня предоставления отпуска по уходу за ребенком, отпуска без сохранения заработной платы, превышающего 14 календарных дней;

- письменно уведомлять Министерство о выходе Медицинского работника из отпуска по уходу за ребенком, отпуска без сохранения заработной платы, превышающего 14 календарных дней, в течение 3 рабочих дней со дня прекращения отпуска по уходу за ребенком, отпуска без сохранения заработной платы, превышающего 14 календарных дней.

- принимать все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных Медицинского работника при их обработке.

- соблюдать иные обязанности, установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Челябинской области.

2.2. Обязательства Медицинского работника:

2.2.1. Медицинский работник вправе получить единовременную компенсационную выплату, указанную в п. 1.1 настоящего договора, в порядке и на условиях, установленных Постановлением.

2.2.2. Медицинский работник обязан:

- исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения настоящего договора на должности в соответствии с трудовым договором с Медицинской организацией при условии продления настоящего договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

- сообщить в Министерство в течение двух рабочих дней о прекращении трудового договора с Медицинской организацией;

- возвратить в областной бюджет на лицевой счет Министерства часть полученной единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам в срок не позднее 30 дней с момента прекращения трудового договора;

- возвратить в областной бюджет на лицевой счет Министерства часть полученной единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия настоящего договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника) в срок не позднее 30 дней с момента прекращения трудового договора;

- уведомить Министерство в письменной форме о намерении возвратить в областной бюджет часть полученной единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, до истечения пятилетнего срока, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей, известив о своем выборе Министерство в письменной форме не позднее 3 рабочих дней с даты увольнения по указанному основанию.

3. Ответственность сторон

3.1. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами обязательств, принятых на себя в соответствии с настоящим договором, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4. Порядок предоставления единовременной компенсационной выплаты

4.1. Единовременная компенсационная выплата предоставляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных на указанные цели законом Челябинской области об областном бюджете на очередной финансовый год и плановый период, в соответствии с Постановлением.

4.2. Единовременная компенсационная выплата считается предоставленной Медицинскому работнику со дня перечисления Министерством финансов Челябинской области единовременной компенсационной выплаты на счет Медицинского работника.

5. Основания изменения и расторжения договора

5.1. Условия настоящего договора, могут быть изменены по соглашению сторон в случаях установленных законодательством.

Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в письменной форме в виде дополнительных соглашений, которые вступают в силу после подписания их уполномоченными лицами.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания сторонами и действует до надлежащего исполнения сторонами своих обязательств.

7. Прочие условия

7.1. Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, и хранится в Министерстве, у Медицинского работника и в Медицинской организации.

7.2. Возникшие по настоящему договору споры разрешаются путем переговоров. При не достижении согласия споры разрешаются в установленном законодательством порядке.

7.3. Вопросы, не урегулированные настоящим договором, разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством.

7.4. Медицинский работник дает согласие на обработку персональных данных в информационных системах Министерства с целью исполнения настоящего договора.

8. Местонахождение, реквизиты и подписи сторон

Медицинская организация

Медицинский работник

Адрес: _____

Фамилия _____

Имя _____

ИНН _____, КПП _____

Отчество _____

Паспорт серия _____

выдан: _____

кем: _____

СНИЛС: _____

Место регистрации: _____

Место фактического проживания: _____

Телефон домашний: _____

рабочий/конт.: _____

м.п.

(подпись)

