



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

06 апреля 2019

г. Барнаул

№ 145

О реализации постановления Правительства Алтайского края от 10.04.2019 № 124 «О предоставлении в 2019 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тысяч человек»

Во исполнение постановления Правительства Алтайского края от 10.04.2019 № 124 «О предоставлении в 2019 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тысяч человек» **п р и к а з ы в а ю :**

1. Утвердить состав комиссии о принятии решения о предоставлении единовременных компенсационных выплат (приложение 1).

2. Главным врачам краевых государственных медицинских организаций:

информировать медицинских работников в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тысяч человек о порядке подачи заявления (приложение 2) на получение в 2019 году единовременной компенсационной выплаты (далее – «выплата»);

в срок до 20-го числа месяца, предшествующего месяцу, в котором осуществляется выплата, представлять в Министерство здравоохранения Алтайского края (далее – «Министерство») заявку (приложение 3);

заключить с медицинскими работниками договоры о предоставлении выплаты в срок не более 10 рабочих дней со дня получения решения Министерства о ее предоставлении (приложение 4);

в течение 3 рабочих дней со дня заключения договора о предоставлении выплаты представить договор в Министерство;

в течение 10 рабочих дней после поступления выплаты на счет медицинской организации перечислить ее на счет медицинского работника;

в случае прекращения трудового договора с медицинским работником в течение 3 рабочих дней письменно уведомлять об этом Министерство.

3. Начальнику отдела по вопросам государственной службы и кадров Коростелевой Т.М. обеспечить составление сводной заявки на получение субсидии из федерального бюджета на выплаты и ее передачу в электронном виде и на бумажном носителе в планово-финансовый отдел Министерства ежемесячно.

4. Начальнику планово-финансового отдела Харламовой О.М. в течение 30 рабочих дней со дня поступления заявки на получение выплаты перечислить денежные средства медицинской организации на основании соглашения о предоставлении субсидии на иные цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на временно исполняющего обязанности заместителя министра здравоохранения Алтайского края Гордеева К.В.

Министр



Д.В. Попов

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения Алтайского края
от 06.05 2019 № 445

СОСТАВ

комиссии о принятии решения о предоставлении единовременных
компенсационных выплат

Гордеев Константин Васильевич	временно исполняющий обязанности заместителя министра здравоохранения Алтайского края, председатель;
Белоцкая Наталья Ивановна	заместитель министра здравоохранения Алтайского края, заместитель председателя;
Касачева Ольга Викторовна	главный специалист отдела по вопросам государственной службы и кадров, секретарь;
Коростелева Тамара Михайловна	начальник отдела по вопросам государственной службы и кадров;
Подзорова Лариса Владимировна	начальник юридического отдела;
Тончило Татьяна Николаевна	начальник отдела бухгалтерского учета и отчетности – главный бухгалтер
Харламова Ольга Михайловна	начальник планово-финансового отдела.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу Министерства
здравоохранения Алтайского края
от 06.05 2019 № 445

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Министру здравоохранения
Алтайского края
Д.В. Попову
от _____

(ФИО (при наличии), должность,
структурное подразделение, наименование
медицинской организации по уставу)

заявление

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Я, _____,
(в случае изменения фамилии, указать прежнюю фамилию)
дата рождения _____;
(паспорт _____ № _____, выдан _____,
дата выдачи _____);
сведения об образовании: диплом _____ № _____ выдан _____,
дата выдачи _____;
проживающий по адресу: _____,
адрес по месту регистрации: _____,
телефон _____;
электронный адрес: _____;
должность _____;
дата заключения трудового договора _____;
прошу осуществить единовременную денежную выплату путем перечисления на
счет _____,
(наименование кредитной организации)
номер счета _____.

Дата заполнения

подпись

К заявлению прилагаются заверенные копии:

документа, удостоверяющего личность,

трудового договора и трудовой книжки;

документа о высшем образовании в сфере здравоохранения; документа об окончании интернатуры или ординатуры (клинической ординатуры) и сертификат специалиста либо документа об аккредитации специалиста (для врачей);

документа о среднем профессиональном образовании в сфере здравоохранения; сертификата специалиста (для фельдшеров);

справка об отсутствии финансовых обязательств по договору о целевом обучении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к приказу Министерства
здравоохранения Алтайского края
от 06.05 2019 № 115

ЗАЯВКА
на получение субсидии из федерального бюджета на единовременные компенсационные выплаты
медицинским работникам в сумме _____ тыс. рублей в количестве _____ чел. согласно сведениям
на _____ 2019 года
Алтайский край

№ п/п	Фамилия, инициалы медицинского работника	Дата, месяц, год рождения	Год окончания образовательной организации высшего профессионального образования	Наименование медицинской организации, с которой медицинским работником заключен трудовой договор	Наименование населенного пункта, в котором расположена медицинская организация, код ОКТМО	Дата заключения трудового договора с медицинской организацией

Главный врач медицинской организации

_____ /ФИО (при наличии)

« _ » _____ 2019 г.

Исполнитель (телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к приказу Министерства
здравоохранения Алтайского края
от 06.05. 2019 № 115

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА
ДОГОВОР № _____

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты
медицинскому работнику, прибывшему (переехавшему) в 2019 году на
работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок
городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек

г. Барнаул

« ____ » _____ 2019 г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
« _____ »

далее «Медицинская организация», в лице главного врача

_____ ,
действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ ,

_____ ,
(ФИО)
дата рождения _____ , паспорт _____ № _____ , выданный

_____ ,
(кем)
дата выдачи _____ , зарегистрирован(а) _____

_____ ,
именуемый(ая) в дальнейшем «Медицинский работник», с другой стороны,
вместе именуемые «Стороны», в соответствии с постановлением
Правительства Алтайского края от 10.04.2019 № 124 заключили настоящий
договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Медицинский работник, не
имеющий неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом
обучении, прибывший (переехавший) в 2019 году на работу в сельский
населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа,
либо город с населением до 50 тысяч человек, обязуется исполнять трудовые
обязанности в течение пяти лет со дня заключения договора на должности

_____ ,
(наименование должности)

включенной в программный реестр должностей, и в соответствии с
трудовым договором, заключенным с Медицинской организацией, в связи с

чем Медицинская организация обязуется предоставить ему единовременную компенсационную выплату в размере _____

_____ рублей (далее – «выплата»).

(одного миллиона рублей/ пятиста тысяч рублей, сумма прописью)

1.2. Трудовая деятельность осуществляется Медицинским работником по основному месту на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации.

1.3. Право на получение выплаты предоставляется Медицинскому работнику однократно за весь период трудовой деятельности.

2. Обязанности Сторон

2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения договора на должности _____,

(наименование должности)

включенной в программный реестр должностей, и в соответствии с трудовым договором, заключенным с Медицинской организацией;

2.1.2. продлевать договор на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

2.1.3. возвратить в течение 30 календарных дней в краевой бюджет часть выплаты, рассчитанную пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора с указанной организацией до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части 1 статьи 77, пунктами 5 – 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам;

2.1.4. возвратить в течение 30 календарных дней в краевой бюджет часть выплаты, рассчитанную пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника).

2.2. Заключив настоящий договор, Медицинский работник тем самым дает своё согласие на обработку его персональных данных в информационных системах Медицинской организации, Министерства здравоохранения Алтайского края и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.3. Медицинская организация обязуется:

2.3.1. выплатить выплату Медицинскому работнику в течение 10 рабочих дней после ее поступления на счет Медицинской организации в размере _____

_____ рублей

(одного миллиона рублей/ пяти ста тысяч рублей, сумма прописью)

путем перечисления денежных средств на его счет по следующим реквизитам: _____

_____ ;

2.3.2. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Медицинского работника при их обработке;

2.3.3 в случае невозврата денежных средств Медицинским работником в добровольном порядке в сроки, установленные пунктами 2.1.3 и 2.1.4 настоящего договора, истребовать в судебном порядке полученные средства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Ответственность Сторон

3.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2. В случае просрочки исполнения обязательства по возврату части выплаты, предусмотренного подпунктами 2.1.3 и 2.1.4 настоящего договора, Медицинский работник уплачивает проценты за пользование чужими денежными средствами в соответствии со ст. 395 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4. Срок действия договора

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения ими своих обязательств.

4.2. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

4.3. В случае обнаружения Медицинской организацией недостоверных сведений, представленных Медицинским работником, настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым со дня, следующего за днем направления Медицинской организацией уведомления о расторжении договора.

4.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего договора находится в Медицинской организации, другой – у Медицинского работника.

5.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящим договором.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, чрезвычайных и непредотвратимых, не зависящих от воли Сторон.

5.4. Все дополнительные соглашения Сторон к настоящему договору, подписываемые при исполнении настоящего договора, являются его неотъемлемой частью.

5.5. Отношения Сторон, неурегулированные настоящим договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

6. Подписи Сторон

Медицинская организация

Медицинский работник

(ФИО полностью)

Главный врач _____ / _____
(должность) (подпись) (ФИО)

_____ / _____
(фамилия инициалы) (подпись)