



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

18 апреля 2018

г. Барнаул

№ 113

О реализации постановления Правительства Алтайского края от 09.04.2018 № 108 «О предоставлении в 2018 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тыс. человек»

Во исполнение постановления Правительства Алтайского края от 09.04.2018 № 108 «О предоставлении в 2018 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тыс. человек» приказываю:

1. Утвердить:

форму заявления о предоставлении единовременной компенсационной выплаты (приложение 1);

состав комиссии для рассмотрения и утверждения списка кандидатов на получение единовременной компенсационной выплаты (приложение 2).

2. Главным врачам краевых государственных медицинских организаций:

информировать медицинских работников о порядке предоставления в 2018 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тыс. человек, утвержденном указанным постановлением;

в срок до двадцатого числа месяца, предшествующего месяцу, в котором осуществляются выплаты, предоставлять в Министерство здравоохранения Алтайского края (Минздрав Алтайского края) заявки на получение субсидий из федерального бюджета на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам краевых

государственных медицинских организаций, оформленные по прилагаемой форме (приложение 3);

в случае прекращения трудового договора с медицинским работником в течение трех рабочих дней письменно уведомлять об этом Минздрав Алтайского края.

3. Начальнику отдела по вопросам государственной службы и кадров Коростелевой Т.М. обеспечить:

при принятии Минздравом Алтайского края решения о включении медицинского работника в список кандидатов на получение единовременной компенсационной выплаты в срок не более десяти рабочих дней со дня его принятия заключение с медицинским работником договора об осуществлении единовременных компенсационных выплат (приложения 4 – 5);

составление сводной заявки на получение субсидий из федерального бюджета на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам краевых государственных медицинских организаций и ее передачу в электронном виде и на бумажном носителе в централизованную бухгалтерию Минздрава Алтайского края ежемесячно.

4. Начальнику отдела бухгалтерского учета и отчетности – главному бухгалтеру Тончило Т.Н.:

обеспечить выплаты медицинским работникам в размере одного миллиона рублей для врачей и пятиста тысяч рублей для фельдшеров в течение 30 рабочих дней со дня заключения договора, указанного в пункте 3;

в случае прекращения трудового договора медицинского работника с краевой государственной медицинской организацией до истечения пятилетнего срока производить расчет суммы возврата денежных средств пропорционально неотработанному медицинским работником периоду на основании уведомления главного врача и перечислять средства в федеральный и краевой бюджет.

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

Министр



И.В. Долгова

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства
здравоохранения Алтайского края
от 11.04 2018 № 413

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Министру здравоохранения
Алтайского края
И.В. Долговой

от _____

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

заявление

об осуществлении единовременных компенсационных выплат

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; документа об окончании интернатуры или ординатуры (клинической ординатуры) и сертификат специалиста либо документа об аккредитации специалиста (для врачей);

документа о среднем профессиональном образовании; сертификата специалиста (для фельдшеров).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства
здравоохранения Алтайского края
от 18.04 2018 № 413

СОСТАВ

комиссии для рассмотрения и утверждения списка кандидатов на получение
единовременной компенсационной выплаты

Гордеев Константин Васильевич	заместитель министра, председатель;
Белоцкая Наталья Ивановна	заместитель министра, 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к приказу Министерства
здравоохранения Алтайского края
от 18.04 2018 № 113

ЗАЯВКА
на получение субсидий из федерального бюджета на единовременные компенсационные выплаты
медицинским работникам в сумме _____ тыс. рублей в количестве _____ чел. согласно сведениям
на _____ 2018 год
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 организации	Дата заключения договора с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации

Главный врач медицинской организации

_____/ФИО

«__» _____ 2018 г.

Исполнитель (телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к приказу Министерства
здравоохранения Алтайского края
от 18.04 2018 № 113

ДОГОВОР № _____

о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2018 году на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тыс. человек

г. Барнаул

« ____ » _____ 2018 г.

Министерство здравоохранения Алтайского края, именуемое в дальнейшем «Минздрав Алтайского края», в лице министра И.В. Долговой, действующего на основании Положения, 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 09.04.2018 № 108 заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Медицинский работник, не имеющий неисполненных обязательств по договору о целевом обучении, прибывший (переехавший) в 2018 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. 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 _____,

_____,
(наименование государственной медицинской организации)
в связи с чем Минздрав Алтайского края обязуется предоставить ему единовременную компенсационную выплату в размере _____ рублей.

(одного миллиона рублей/ пяти ста 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 _____;
_____;
(наименование государственной медицинской организации)

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. возратить в течение 30 календарных дней в краевой бюджет часть единовременной компенсационной 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 случаях перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам;

2.1.4. возратить в течение 30 календарных дней в краевой бюджет часть единовременной компенсационной 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 Минздрава Алтайского края и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.3. Минздрав Алтайского края обязуется:

2.3.1. в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего договора предоставить Медицинскому работнику единовременную компенсационную выплату 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.

2.4. Минздрав Алтайского края вправе осуществлять контроль исполнения Медицинским работником условий настоящего договора.

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 единовременной компенсационной 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 Минздравом Алтайского края недостоверных сведений, представленных Медицинским работником, настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым со дня, следующего за днем направления Минздравом Алтайского края 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 Минздраве Алтайского края, 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

Министр здравоохранения
Алтайского края

(ФИО полностью)

И.В. Долгова / _____ /
(подпись)

_____/_____/_____
(фамилия инициалы) (подпись)