



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

### П Р И К А З

15 марта 2017

г. Барнаул

№ 183

О реализации постановления Правительства Алтайского края от 02.05.2017 № 144 «Об осуществлении в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа»

Во исполнение постановления Правительства Алтайского края от 02.05.2017 № 144 «Об осуществлении в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа» приказываю:

1. Утвердить прилагаемые:

форму заявления о предоставлении единовременной компенсационной выплаты;

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

2. Главным врачам краевых государственных медицинских организаций:

информировать медицинских работников о порядке осуществления в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, утвержденных 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 иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам краевых государственных медицинских организаций, оформленные по прилагаемой форме (приложение 1);

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 (Коростелева 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 (приложение 2);

составление сводной заявки на получение иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам краевых государственных медицинских организаций и ее передачу в электронном виде и на бумажном носителе в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края ежемесячно.

4. Начальнику отдела бухгалтерского учета и отчетности - главному бухгалтеру (Тончило Т.Н.):

обеспечить выплаты медицинским работникам в размере одного миллиона рублей в течение 30 рабочих дней со дня заключения договора, указанного в пункте 3 настоящего приказа;

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

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

Министр



И.В. Долгова

## УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства  
здравоохранения Алтайского края  
от 15.05 2017 № 183

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, свидетельство об изменении фамилии,  
имени, отчества;

трудового договора и трудовой книжки;

диплома о высшем профессиональном образовании;

документа об окончании интернатуры или клинической ординатуры и сертификат  
специалиста либо документа об аккредитации специалиста.

## УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства  
здравоохранения Алтайского края  
от 15.05 2017 № 183

## 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 1

к приказу Министерства  
здравоохранения Алтайского края  
от 15.05 2017 № 183

## ЗАЯВКА

на получение иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам

на \_\_\_\_\_ 2017 года

Алтайский край

В соответствии с пунктом 2 части 12.2 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326 - ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» представляется Заявка на получение иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме \_\_\_\_\_ тыс. рублей на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в количестве \_\_\_\_\_ чел. согласно сведениям:

№ 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

« \_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

Исполнитель (телефон)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к приказу Министерства  
здравоохранения Алтайского края  
от 15.05 2017 № 183

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

об осуществлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием, прибывшим (переехавшим) в 2016 и 2017 годах на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа

г. Барнаул

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

Министерство здравоохранения Алтайского края, именуемое в дальнейшем «Минздрав Алтайского края», в лице министра здравоохранения 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 02.05.2017 № 144 заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Медицинский работник с высшим медицинским образованием, прибывший (переехавший) в 2016 и 2017 годах на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа обязуется в течение пяти лет осуществлять трудовую деятельность по основному месту на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, 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 одного миллиона рублей.

1.2. Право на получение выплаты предоставляется Медицинскому работнику один раз за весь период трудовой деятельности.

## 2. Обязанности Сторон

2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. осуществлять трудовую деятельность в течение пяти лет по основному месту на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным с

---

(наименование государственной медицинской организации)

2.1.2. в случае 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 1, 2 и 4 части 1 статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) незамедлительно уведомить об этом Минздрав Алтайского края и возратить в краевой бюджет часть единовременной компенсационной выплаты, размер которой рассчитан с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора.

2.2. заключив настоящий договор, Медицинский работник тем самым дает своё согласие на обработку его персональных данных в информационных системах Минздрава Алтайского края, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

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 одного миллиона рублей 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 течение 3 рабочих дней со дня возврата Медицинским работником части выплаты, осуществить возврат денежных средств, приходящихся на долю иных межбюджетных трансфертов, являвшихся источником финансирования выплаты, в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края;

2.3.4. В случае не возврата денежных средств Медицинским работником в добровольном порядке в срок, установленный пунктом 2.1.2 настоящего договора, истребовать в судебном порядке полученные средства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.4. Министерство здравоохранения 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 подпунктом 2.1.2 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 Министерством здравоохранения Алтайского края недостоверных сведений, представленных Медицинским работником, настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым со дня, следующего за днем направления Министерством здравоохранения 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 Министерстве здравоохранения 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)