



# **ПРАВИТЕЛЬСТВО ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

## **ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 03.06.2024 № 241-п

г. Иваново

### **О внесении изменений в постановление Правительства Ивановской области от 22.08.2018 № 255-п «О единовременных компенсационных выплатах»**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в целях приведения нормативного правового акта Ивановской области в соответствие с нормативным правовым актом Правительства Российской Федерации Правительство Ивановской области **постановляет:**

1. Внести в постановление Правительства Ивановской области от 22.08.2018 № 255-п «О единовременных компенсационных выплатах» следующие изменения:

1.1. Пункт 1 и абзац второй пункта 2 после слов «, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских» дополнить словом «здравпунктов».

1.2. В приложении к постановлению:

1.2.1. В наименовании и в пункте 1 после слов «, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских» дополнить словом «здравпунктов».

1.2.2. В пункте 2:

в абзаце первом после слов «, а также акушерка и медицинская сестра фельдшерского» дополнить словом «здравпункта»;

абзацы второй и третий после слов «, а также акушерок и медицинских сестер фельдшерских» дополнить словом «здравпунктов».

1.2.3. В пункте 3 после слов «, а также акушерке и медицинской сестре фельдшерского» дополнить словом «здравпункта».

1.3. Приложение к Порядку предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и

фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины)), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу по истечении 10 дней после дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2024.

**Губернатор  
Ивановской области**

**С.С. Воскресенский**



Приложение к постановлению  
Правительства Ивановской области  
от 03.06.2024 № 241-п

Приложение  
к Порядку  
предоставления единовременных компенсационных выплат  
медицинским работникам (врачам, фельдшерам,  
а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов  
и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий,  
центров (отделений) общей врачебной практики (семейной  
медицины)), прибывшим (переехавшим) на работу  
в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки,  
либо поселки городского типа, либо города  
с населением до 50 тыс. человек

Заместителю Председателя Правительства  
Ивановской области - директору  
Департамента здравоохранения Ивановской области

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(указать полностью фамилию, имя, отчество  
(последнее - при наличии))

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,

Заявление

Прошу заключить со мной договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру, а также акушерке и медицинской сестре фельдшерского здравпункта и фельдшерско-акушерского пункта, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины)), прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тыс. человек Ивановской области (далее - договор).

Единовременную компенсационную выплату, указанную в договоре, прошу перечислить на мой банковский счет, открытый в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать наименование кредитной организации)

Получатель: \_\_\_\_\_

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

Банковские реквизиты:

ИНН: \_\_\_\_\_

БИК: \_\_\_\_\_

Корреспондентский счет: \_\_\_\_\_

Лицевой счет: \_\_\_\_\_

Адрес филиала, в котором открыт мой счет: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (заполняется в случае открытия банковского счета в филиале кредитной организации)

К настоящему заявлению прилагаю:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)