



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 23.05.2018 № 6-П

г. Южно-Сахалинск

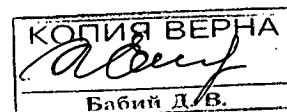
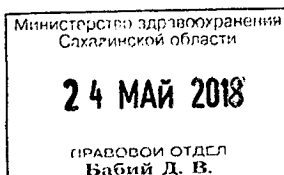
Об утверждении Порядка заключения договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек

В соответствии с пунктом 4 мероприятия 6.3 раздела 3 Подпрограммы № 6 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственной программы Сахалинской области «Развитие здравоохранения в Сахалинской области на 2014 - 2020 годы», утвержденной постановлением Правительства Сахалинской области от 31.05.2013 № 281, **приказываю:**

1. Утвердить Порядок заключения договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек. (прилагается).

2. Опубликовать настоящий приказ в газете «Губернские ведомости», на «Официальном интернет-портале правовой информации», и разместить на официальном сайте министерства здравоохранения Сахалинской области в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

3.13-5 (п)(4.0)

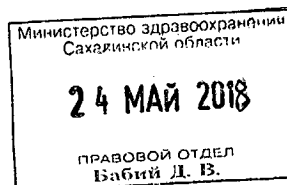


3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Сахалинской области Згурьеву Л.А.

Министр здравоохранения
Сахалинской области



А.К. Пак



ПОРЯДОК

заключения договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек

1. Настоящий Порядок устанавливает правила заключения договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек (далее также - Договор), осуществляемых в соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, государственной программой Сахалинской области «Развитие здравоохранения в Сахалинской области на 2014 - 2020 годы», утвержденной постановлением Правительства Сахалинской области от 31.05.2013 № 281.

2. Договор заключается с медицинским работником (врач, фельдшер) (далее - медицинский работник), соответствующего следующим критериям:

а) медицинский работник является гражданином Российской Федерации в возрасте до 50 лет,

б) медицинский работник не имеет не исполненных обязательств по договору о целевом обучении;

в) медицинский работник прибыл (переехал) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тыс. человек, расположенные на территории Сахалинской области;

г) медицинский работник заключил трудовой договор с государственным учреждением здравоохранения, подведомственным министерству здравоохранения Сахалинской области, 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 ком-

пенсационные выплаты на очередной финансовый год (программный реестр должностей), утверждаемый Приказом министерства здравоохранения Сахалинской области.

3. Единовременная компенсационная выплата предоставляется однократно.

4. Возраст медицинского работника определяется на дату заключения Договора.

5. Договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек (приложение №1 к Порядку) заключается после рассмотрения заявления (приложение №2 к Порядку) на имя министра здравоохранения Сахалинской области, поданного медицинским работником, заключившим трудовой договор с государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области, по истечении испытательного срока, если такой срок был установлен медицинскому работнику при приеме на работу.

6. Поступившее в министерство здравоохранения Сахалинской области (далее - Министерство) заявление направляется в учреждение здравоохранения для проверки соответствия медицинского работника требованиям, установленным пунктом 2 настоящего Порядка, и подготовки следующих документов:

а) трёх экземпляров проекта Договора, подписанных медицинским работником и руководителем государственного учреждения;

б) заверенной копии трудового договора;

в) заверенной копии документа о профессиональном образовании, сертификата специалиста и (или) свидетельство об аккредитации;

г) заверенной копии паспорта гражданина Российской Федерации (временного удостоверения личности гражданина Российской Федерации, выдаваемого на период оформления паспорта в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти);

д) заверенной копии трудовой книжки медицинского работника.

7. Руководитель государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области направляет в Министерство сформированный пакет документов не позднее 30 рабочих дней со дня получения заявления медицинского работника.

8. Министерство здравоохранения Сахалинской области:

а) подписывает Договор и направляет два экземпляра Договора государственному учреждению в течение 30 рабочих дней с даты поступления проекта Договора, подписанного руководителем государственного учреждения и медицинским работником;

б) перечисляет на банковский счет медицинского работника компенсационную выплату в размере 1 000 000 рублей для врачей и 500 000 рублей для фельдшеров;

в) ведет учет заключенных и исполненных Договоров.

24 МАЙ 2018

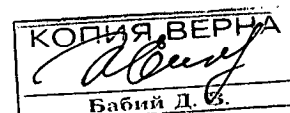
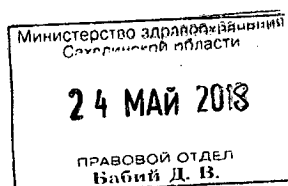
ПРАВОВОЙ ОТДЕЛ
Бабий Д. В.

КОПИЯ ВЕРНА
Бабий Д. В.
Бабий Д. В.

9. Министерство здравоохранения Сахалинской области отказывает в заключении договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в следующих случаях:

- а) проект Договора не соответствует установленной форме;
- б) к проекту Договора не приложены документы, предусмотренные Договором;
- в) претендент на заключение Договора не соответствует требованиям к медицинскому работнику, установленным настоящим Порядком;
- г) медицинский работник ранее получил единовременную компенсационную выплату в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в связи с прибытием в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа или переездом на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа;

10. Единовременная компенсационная выплата перечисляется на основании заключенного Договора на банковский счет медицинского работника, в течение 30 рабочих дней с даты заключения Договора.



Приложение №1
к Порядку заключения договоров о
предоставлении единовременных
компенсационных выплат медицинским
работникам (врачам, фельдшерам) в воз-
расте до 50 лет., прибывшим (переехав-
шим) на работу в сельские населенные
пункты, либо рабочие поселки, либо по-
селки городского типа, либо города с
населением до 50 тыс. человек

ТИПОВАЯ ФОРМА

ДОГОВОР

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек

г. Южно-Сахалинск

" ___ " _____ 20__ г.

Гражданин (гражданка)

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, паспорт _____

(серия, номер,

кем и когда выдан)

зарегистрирован (зарегистрирована) по адресу: _____

ИНН _____, именуемый (именуемая) в

дальнейшем Медицинский работник, _____

(наименование государственного учреждения)

именуемое в дальнейшем Учреждение, в лице руководителя Учреждения

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава Учреждения, и министерство здравоохранения Сахалинской области, именуемое в дальнейшем Министерство, в лице министра _____

(фамилия, имя, отчество)

Службинской области

24 МАЙ 2018

ПРАВОВОЙ ОТДЕЛ
Бабий Д. В.

КОПИЯ ВЕРНА
Бабий Д. В.

действующего на основании Положения о Министерстве, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий Договор о следующем:

1. Предметом настоящего Договора является предоставление единовременной компенсационной выплаты в размере _____ рублей* Медицинскому работнику в возрасте до 50 лет, являющимся гражданином Российской Федерации, прибывшим (переехавшим) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тыс. человек, расположенными на территории Сахалинской области, и заключившим трудовой договор с Учреждением.

2. Медицинский работник обязуется:

2.1. исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения Договора 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 соответствии с трудовым договором, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации.

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

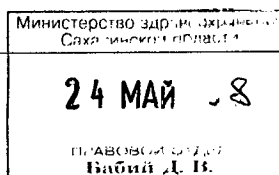
2.3. возвратить в бюджет Сахалинской области часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения 5-летнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 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;

2.4. возвратить в бюджет Сахалинской области часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, 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 (по выбору Медицинского работника);

2.5. заблаговременно в письменном виде сообщить Учреждению и Министерству о намерении до истечения пятилетнего срока расторгнуть трудовой договор;

2.6. заблаговременно в письменном виде сообщить Учреждению и Министерству об изменении указанных в настоящем Договоре реквизитов

*Примечание: указывается сумма выплаты для врача в размере 1 000 000 рублей, для фельдшера - 500 000 рублей



банковского счета и (или) изменение регистрации по месту жительства (адреса фактического проживания);

3. Возврат части единовременной компенсационной выплаты осуществляется в течение пяти банковских дней со дня прекращения трудового договора. Реквизиты для перечисления представляются Министерством.

4. Министерство обязуется осуществить единовременную компенсационную выплату Медицинскому работнику в размере, указанном в пункте 1 настоящего Договора, путем перечисления денежных средств на банковский счет Медицинского работника в течение 30 рабочих дней со дня заключения Договора.

5. Учреждение обязуется:

5.1. соблюдать свои обязательства, вытекающие из трудового договора;

5.2. в случае прекращения трудового договора с Медицинским работником по любым основаниям незамедлительно в письменном виде сообщать об этом Министерству.

6. Ответственность.

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных настоящим Договором, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

6.2. В случае неисполнения Медицинским работником обязанностей по возврату части единовременной компенсационной выплаты, предусмотренных подпунктами 2.3, 2.4 настоящего Договора, Медицинский работник обязан уплатить в бюджет Сахалинской области неустойку в размере 0,1 процента от суммы единовременной компенсационной выплаты, подлежащей возврату в бюджет Сахалинской области, за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения срока, установленного пунктом 3 настоящего Договора.

6.3. В случае выявления фактов предоставления Медицинским работником недостоверных или подложных документов и сведений в целях заключения настоящего Договора и получения единовременной компенсационной выплаты, Медицинский работник обязан возвратить в бюджет Сахалинской области всю сумму полученной единовременной компенсационной выплаты, а также уплатить в бюджет Сахалинской области неустойку в размере 0,1 процента от суммы единовременной компенсационной выплаты за каждый день пользования единовременной компенсационной выплатой (с даты зачисления суммы единовременной компенсационной выплаты на счет Медицинского работника по дату возврата денежных средств в бюджет Сахалинской области).

7. Министерство осуществляет контроль за соблюдением условий для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

8. Настоящий Договор действует с даты его подписания всеми Сторонами и до истечения пяти лет работы Медицинского работника в Учреждении, а в случае продления Договора по основаниям, предусмотренным подпунктами 2.2, 2.4 Договора - до окончания срока, указанного в дополнитель-

24 МАЙ 2018

ПРАВОВОЙ ОТДЕЛ
Бабий Д. В.

КОПИЯ ВЕРНА
Бабий Д. В.
Бабий Д. В.

ном Соглашении к Договору.

9. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах - по одному для каждой Стороны.

10. Все изменения к настоящему Договору оформляются дополнительными Соглашениями к нему, по одному для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу.

11. К настоящему Договору прилагаются:

- заверенная Учреждением копия трудового договора;
- заверенная Учреждением копия документа государственного образца о профессиональном образовании Медицинского работника;
- заверенная Учреждением копия сертификата специалиста и (или) свидетельства об аккредитации Медицинского работника;
- заверенная Учреждением копия паспорта Медицинского работника;
- заверенная Учреждением копия трудовой книжки Медицинского работника;
- банковские реквизиты Медицинского работника;
- копия ИНН Медицинского работника;
- копия СНИЛС Медицинского работника.

12. Адреса Сторон. Банковские реквизиты

12.1. Министерство:

адрес места нахождения

12.2. Учреждение:

адрес места нахождения

12.3. Медицинский работник:

(фамилия, имя, отчество)

ИНН

Паспорт

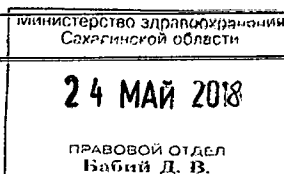
(серия, номер, кем и когда выдан)

Адрес регистрации по месту жительства

Фактический адрес проживания:

Телефон

Банковские реквизиты



13. Подписи Сторон:

Медицинский работник

Учреждение

Министерство

(подпись)

(подпись)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

(должность, фамилия,
инициалы)
М.П.

(должность, фамилия,
инициалы)
М.П.

Министерство здравоохранения
Свердловской области
24 МАЙ 2018
ПРАВОВОЙ ОТДЕЛ
Бабий Д. В.

КОПИЯ ВЕРНА
Бабий Д. В.
Бабий Д. В.

Приложение №2
к Порядку заключения договоров о
предоставлении единовременных
компенсационных выплат медицинским
работникам (врачам, фельдшерам) в воз-
расте до 50 лет., прибывшим (переехав-
шим) на работу в сельские населенные
пункты, либо рабочие поселки, либо по-
селки городского типа, либо города с
населением до 50 тыс. человек

Министру здравоохранения
Сахалинской области
_____ Ф.И.О.

Заявление

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (полностью), дата рождения, адрес проживания заявителя)

_____ номер основного документа, удостоверяющего его личность,

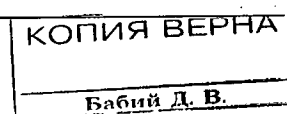
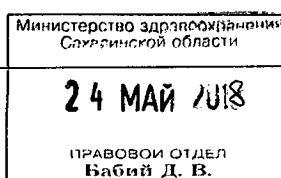
_____ сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

прошу заключить договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в размере _____ рублей* (далее – Выплата), установленной государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, государственной программой Сахалинской области «Развитие здравоохранения в Сахалинской области на 2014 - 2020 годы», утвержденной постановлением Правительства Сахалинской области от 31.05.2013 № 281.

Трудовой договор по должности _____ заклю-
чен « _____ » _____ 20 _____ с государственным учреждением здравоохра-
нения Сахалинской области _____

В целях получения Выплаты ДАЮ СОГЛАСИЕ министерству здравоохранения Саха-
линской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса,24)своей волей и в своем инте-
ресе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О
персональных данных», на предоставление своих персональных данных, необходимых
для получения Выплаты, и на автоматизированную, а также без использования средств
автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий
(операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление,
хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в
том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных дан-

*Примечание: указывается сумма выплаты для врача в размере 1 000 000 рублей, для фельдшера - 500 000 рублей



ных, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями, представленными в Министерство. Согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Своей подписью УДОСТОВЕРЯЮ, что ранее мною не заключался договор на получение единовременной компенсационной выплаты в связи с прибытием в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа или переездом на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого населенного пункта, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Контактная информация: телефон: _____ e-mail: _____
почтовый адрес _____

Заявитель:

(подпись, фамилия, имя, отчество (полностью) и дата подачи заявления)

