



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

**ПРИКАЗ**

от 24.02.2022 № 3.13-5н

г. Южно-Сахалинск

**О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Сахалинской области от 11.05.2021 № 10-п «Об утверждении Порядка заключения договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), являющимся гражданами Российской Федерации, не имеющим неисполненных обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60 процентов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек»**

В целях совершенствования нормативных правовых актов министерства здравоохранения Сахалинской области, приказываю:

1. Внести в Порядок заключения договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), являющимся гражданами Российской Федерации, не имеющим неисполненных обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60 процентов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, утвержденный приказом министерства здравоохранения 3.13-5 (п)(4.0)

Сахалинской области от 11.05.2021 № 10-п (далее – Порядок), следующие изменения:

1.1. пункт 5 Порядка изложить в следующей редакции:

«5. Поступившее в министерство здравоохранения Сахалинской области (далее - Министерство) заявление в течение 5 рабочих дней направляется в медицинскую организацию для проверки соответствия медицинского работника требованиям, установленным пунктом 2 настоящего Порядка, и подготовки следующих документов:

- трех экземпляров проекта Договора, подписанных медицинским работником и руководителем медицинской организации по форме к настоящему Порядку;

- копии трудового договора;

- копии паспорта;

- копии идентификационного номера налогоплательщика;

- копии документа, подтверждающего изменение фамилии (имени, отчества) (в случае если фамилия, имя или отчество изменялись);

- копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

- копии документов об образовании;

- копии приказа о приеме на работу в медицинскую организацию;

- копии договора о целевом обучении (целевой подготовке) - для медицинских работников, выполнивших обязательства, связанные с целевым обучением (целевой подготовкой), и продолживших работу в той же медицинской организации, расположенной в сельском населенном пункте, либо рабочем поселке, либо поселке городского типа, либо городе с населением до 50 тыс. человек на территории Сахалинской области;

- копии документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета в системе индивидуального (персонифицированного) учета Пенсионного фонда Российской Федерации;

- реквизиты кредитной организации и банковского счета, открытого в российской кредитной организации.

Все копии указанных документов должны быть заверены руководителем медицинской организации, заключившим трудовой договор с медицинским работником.»;

1.2. подпункт в) пункта 8 изложить в следующей редакции:

«в) реализация медицинским работником права на получение единовременной компенсационной выплаты в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» или государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640.».

2. Внести в форму Договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов) (приложение № 1 к Порядку), следующие изменения:

2.1. в пункте 11 исключить слова «путем обращения иницилирующей Стороны в Центральный районный суд города Омска»;

2.2. пункт 13 изложить в следующей редакции:

«13. К настоящему Договору прилагаются:

- копия трудового договора;
- копия паспорта;
- копии идентификационного номера налогоплательщика;
- копия документа, подтверждающего изменение фамилии (имени, отчества) (в случае если фамилия, имя или отчество изменялись);
- копия трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- копия документов об образовании;
- копия приказа о приеме на работу в медицинскую организацию;

- копия договора о целевом обучении (целевой подготовке) - для медицинских работников, выполнивших обязательства, связанные с целевым обучением (целевой подготовкой), и продолживших работу в той же медицинской организации, расположенной в сельском населенном пункте, либо рабочем поселке, либо поселке городского типа, либо городе с населением до 50 тыс. человек на территории Сахалинской области;

- копия документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета в системе индивидуального (персонифицированного) учета Пенсионного фонда Российской Федерации;

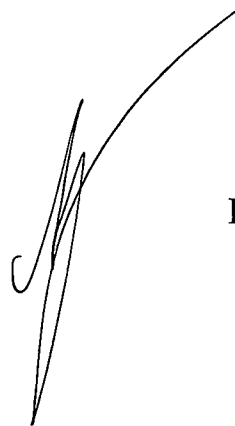
- реквизиты кредитной организации и банковского счета, открытого в российской кредитной организации.».

3. Приложение № 2 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению, к настоящему приказу.

4. Опубликовать настоящий приказ в газете «Губернские ведомости», на официальном Интернет-портале правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и разместить на официальном Интернет-сайте министерства здравоохранения Сахалинской области (<http://minzdrav.admsakhalin.ru>).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Исполняющий обязанности министра  
здравоохранения Сахалинской области



И.И.Амбражук

Приложение к приказу министерства здравоохранения

Сахалинской области от 24.02.2013 № 3.13-5п

«Приложение № 1  
к Порядку заключения договоров о  
предоставлении единовременных  
компенсационных выплат медицинским  
работникам (врачам, фельдшерам, а также  
акушеркам и медицинским сестрам  
фельдшерских и фельдшерско-акушерских  
пунктов), являющимся гражданами Российской  
Федерации, не имеющим неисполненных  
обязательств по договору о целевом обучении  
(за исключением медицинских организаций с  
укомплектованностью штата менее 60  
процентов), прибывшим (переехавшим) на  
работу в сельские населенные пункты, либо  
рабочие поселки, либо поселки 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 паспорта, 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», утвержденной постановлением Правительства Сахалинской области от 31.05.2013 № 281.

-----  
<\*> *Примечание: указывается сумма выплаты 2 млн. рублей для врачей и 1 млн. рублей для фельдшеров, а также акушеров и медицинских сестер фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, прибывших (переехавших) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, расположенные на территории Сахалинской области:*

*1 млн. рублей для врачей и 0,5 млн. рублей для фельдшеров, а также акушеров и медицинских сестер фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, прибывших (переехавших) на работу в города с населением до 50 тыс. человек.*

Трудовой договор по должности \_\_\_\_\_  
 заключен " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ с \_\_\_\_\_ медицинской организацией

(наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области)

Единообразную компенсационную выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения выплаты свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24, ИНН 6501024966) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена и (или) отчества в случае их изменения); пол, возраст; дата и место рождения; паспортные данные; данные страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; идентификационного номера налогоплательщика; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; номер домашнего и мобильного телефона, анкетные и биографические данные, сведения об образовании и повышении квалификации, сведения о трудовом стаже; сведения о банковских реквизитах счетов открытых в кредитной организации.

Я ознакомлен(-а) с тем, что:

согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания согласия до выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на министерство здравоохранения Сахалинской области полномочий и обязанностей:

отзыв согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации;

персональные данные хранятся в министерстве здравоохранения Сахалинской области в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

персональные данные, представляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения, возложенных законодательством Российской Федерации на министерство здравоохранения Сахалинской области полномочий и обязанностей.

Своей подписью удостоверяю, что ранее мною не заключался договор на получение единовременной компенсационной выплаты в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» или государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640.

Контактная информация: телефон: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Заявитель:

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