

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

15 августа 2023 г.

№873-осн

О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Тульской области от 31.08.2022 № 1122-осн

В соответствии с постановлением Правительства Тульской области от 24.08.2022 № 546 «Об установлении дополнительной меры социальной поддержки отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Тульской области», на основании Положения о министерстве здравоохранения Тульской области, утвержденного постановлением правительства Тульской области от 11.12.2012 № 698, приказываю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Тульской области от 31.08.2022 № 1122-осн «Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам» (далее — Приказ) следующие изменения:

1.1. В преамбуле приказа текст «№ 546-ПП» заменить текстом «№ 546»;

1.2. Приложение к Приказу изложить в новой редакции (приложение).

2. Приказы министерства здравоохранения Тульской области № 99-осн от 06.02.2023, № 571-осн от 02.06.2023 признать утратившими силу.

3. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя министра – директора департамента кадровой работы и проектной деятельности министерства здравоохранения Тульской области Гончарову Ю.В.

4. Приказ вступает в силу со дня официального опубликования.

**Министр здравоохранения
Тульской области**



М.В. Малишевский

Приложение
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области от «15» августа 2023г. №873-осн

Приложение
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области от «31» августа 2022г. № 1122-осн

Положение
о порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной компенсации
за наем жилого помещения медицинским работникам

1. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления ежемесячной денежной компенсации (далее - Компенсация) за наем жилого помещения отдельным категориям медицинских работников (далее - медицинские работники) государственных учреждений здравоохранения Тульской области заключившим трудовой договор о работе в государственном учреждении здравоохранения Тульской области о замещении должности, предусмотренной постановлением Правительства Тульской области от 24.08.2022 № 546 «Об установлении дополнительной меры социальной поддержки отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Тульской области», по основному месту работы не менее чем на одну ставку после 1 января 2022 года (далее - Положение и медицинская организация соответственно)

2. Ежемесячная денежная компенсация за наем жилого помещения выплачивается:

1) в случае соответствия медицинского работника одному из следующих условий:

медицинский работник не является нанимателем жилого помещения по договору социального найма или членом семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма, либо собственником жилого помещения или членом семьи собственника жилого помещения;

медицинский работник является нанимателем жилого помещения по договору социального найма или членом семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма, либо собственником жилого помещения или членом семьи собственника жилого помещения, но указанное жилое помещение находится на расстоянии от места осуществления его трудовой деятельности свыше 30 километров.

2) за наем одного жилого помещения, расположенного в населенном пункте по месту осуществления трудовой деятельности, в размере ежемесячной платы, установленной договором найма жилого помещения, заключенного медицинским работником с собственником (собственниками) данного жилого помещения (за исключением оплаты жилищно-коммунальных услуг), но не более 20 000 (двадцати тысяч) рублей.

3. Для предоставления Компенсации медицинский работник заключает договор о предоставлении ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения (далее — Договор), заключаемый между медицинским работником, медицинской организацией и министерством здравоохранения Тульской области (далее – министерство). (Приложение №1)

4. Для заключения Договора медицинский работник обращается в кадровую службу медицинской организации по месту работы с заявлением о предоставлении компенсации (далее - Заявление) (Приложение № 2) к положению.

К Заявлению прилагаются следующие документы:

а) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность заявителя;

б) копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности на бумажном носителе, заверенные кадровой службой по месту работы, или в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью (при ее наличии у работодателя);

в) согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3 к Положению).

г) копия трудового договора;

д) копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН) медицинского работника, заверенные кадровой службой по месту работы;

е) копия документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, содержащего страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), заверенные кадровой службой по месту работы);

ж) реквизиты счета в кредитной организации для перечисления денежных средств;

з) справка из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним, подтверждающая наличие (отсутствие) жилых помещений, принадлежащих медицинскому работнику и членам его семьи на территории городского округа или муниципального района, где находится медицинская организация;

и) копии документов, подтверждающих статус члена семьи медицинского работника (свидетельство о заключении брака, свидетельства о рождении детей, решение суда об усыновлении ребенка, решение суда об установлении факта регистрации рождения, усыновления (удочерения), брака, установления родственных отношений);

к) копия договора найма (поднайма) жилого помещения, заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации;

л) выписка из Единого государственного реестра об основных характеристиках и зарегистрированных правах на объект недвижимости;

м) письменное заявление работника об отсутствии близкого родства с собственником недвижимого имущества.

Медицинский работник несет ответственность за достоверность сведений,

указанных в Заявлении.

5. Медицинская организация в течение 14 рабочих дней с момента подачи заявления, осуществляет проверку полноты и достоверности представленного медицинским работником комплекта документов, договора найма (поднайма) жилого помещения, согласно пункту 4 настоящего Положения. По окончании проверки медицинская организация направляет в адрес министерства ходатайство (приложение № 4) о заключении Договора с приложением полного комплекта документов в течение 7 рабочих дней (включая время транспортировки до министерства).

6. Министерство в течение 10 рабочих дней со дня поступления документов, рассматривает ходатайство, заявление и полный комплект документов медицинского работника и принимает решение о заключении Договора либо об отказе в его заключении.

7. В случае принятия решения о заключении Договора, Министерство в течение 5 рабочих дней подписывает со своей стороны Договор, согласованный ответственными лицами кадровой службы министерства здравоохранения Тульской области, министерства по правовому обеспечению деятельности исполнительных органов власти Тульской области, в пределах срока, установленного п. 6 настоящего Положения. В случае подачи неполного пакета документов, либо документов, составленных с недочетами (содержащих неполные сведения), министерство принимает решение об отказе в предоставлении компенсации и в течение 5 рабочих дней направляет соответствующее письменное уведомление с обоснованием отказа в адрес медицинской организации и заявителя, претендующего на данную меру социальной поддержки, в пределах срока, установленного п. 6 настоящего Положения. При устранении обстоятельств, послуживших причиной отказа, медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня принятия документов от заявителя, повторно направляет в министерство ходатайство с приложением полного комплекта документов.

8. В соответствии с заключенным Договором, медицинская организация ежемесячно, в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за месяцем, за который происходит выплата, представляет в министерство «Список на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам» (Приложение 5) (далее – Список) сформированный на основании документов, подтверждающих расходы медицинского работника.

9. На основании представленных медицинскими организациями Списков, департамент кадровой работы и проектной деятельности министерства ежемесячно в срок с 5 по 10 число месяца формирует «Сводный реестр на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам» (Приложение 6) и подает заявку в департамент финансирования и организации государственного заказа министерства для дальнейшего представления в министерство финансов Тульской области на выделение финансирования.

10. Министерство при поступлении финансирования осуществляет выплату компенсации путем перечисления денежных средств на счета, открытые

медицинскими работниками в кредитной организации в течении 7 рабочих дней.

11. В случае досрочного прекращения договора найма расчет суммы компенсации за неполный месяц проживания производится путем умножения месячной суммы найма на частное – фактическое количество дней проживания/30. Например, очередной месяц найма начинается с 4 числа месяца, сумма найма - 20 000 рублей, 15 число месяца является последним днем предоставления помещения по Договору. Расчет суммы – $20\,000 * ((15 - 4) / 30) = 7333,33$ (применяется округление по общему правилу математики).

12. Выплата компенсации прекращается при наличии следующих обстоятельств:

а) в случае смерти медицинского работника, а также признания его в установленном порядке умершим или безвестно отсутствующим - с 1 числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступила смерть либо вступило в силу решение суда об объявлении его умершим, о признании его безвестно отсутствующим, недееспособным либо ограниченно дееспособным;

б) при возникновении обстоятельств, противоречащих условиям предоставления компенсации, указанным в пункте 2 настоящего Положения - с даты возникновения данных обстоятельств;

в) расторжение договора найма (поднайма) жилого помещения.

13. В случае расторжения трудового договора медицинским работником с медицинской организацией Договор расторгается, а медицинская организация, для обеспечения процедуры расторжения Договора, уведомляет министерство в течение 3 рабочих дней с момента прекращения трудового договора с указанием основания его прекращения.

14. В случае возникновения обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной компенсации, указанных в пункте 11, медицинский работник обязан в течение пяти рабочих дней со дня их наступления письменно уведомить медицинскую организацию об этом, а медицинская организация незамедлительно направляет уведомление в министерство для проведения процедуры расторжения Договора.

15. Излишне выплаченные денежные средства компенсации в случае отсутствия оснований для их выплаты, либо в результате счетной ошибки, подлежат возврату медицинским работником на лицевой счет министерства в течение 30 календарных дней со дня письменного уведомления медицинского работника министерством о факте возникновения переплаты.

16. При невозвращении денежных средств в случаях, предусмотренных пунктами 12 и 13 настоящего Порядка, взыскание излишне выплаченных сумм производится в судебном порядке.

17. Споры по вопросам назначения и выплаты компенсации разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1
к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения медицинским работникам

Договор

о предоставлении ежемесячной денежной
компенсации за наем жилого помещения

от _____ 202__ г. № _____

Министерство здравоохранения Тульской области в лице _____

_____,
действующего на основании _____,
именуемое в дальнейшем Министерство, с одной стороны, Государственное
учреждение здравоохранения _____
(полное наименование учреждения)

_____,
в лице главного врача _____,
именуемое в дальнейшем Учреждение, действующего на основании _____

_____,
и медицинский работник _____,
(Ф.И.О., занимаемая должность, место работы, номер и дата трудового договора)

именуемый в дальнейшем Медицинский работник, совместно именуемые в
дальнейшем Стороны, в соответствии с Положением о порядке и размере
выплаты ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения
медицинским работникам, утвержденного приказом министерства
здравоохранения Тульской области от _____ № ____ «Об утверждении
Положения о порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной
компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам» (далее -
Положение), заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1. Предметом настоящего Договора являются порядок и условия предоставления Министерством Медицинскому работнику ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения (далее – Компенсация).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Министерство обязуется:

2.1.1. Ежемесячно, при поступлении финансирования осуществлять выплату компенсации в размере _____ рублей путем перечисления

денежных средств на счета, открытые медицинским работником в кредитной организации в течении 7 рабочих дней.

2.1.2. Осуществить принятие денежных обязательств, подлежащих исполнению в рамках настоящего Договора, в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных на финансовый год, в котором производится выплата, на реализацию мероприятия «Социальная поддержка отдельных категорий медицинских работников» подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственной программы Тульской области «Развитие здравоохранения Тульской области».

2.2. Министерство вправе:

2.2.1. Проводить проверки соблюдения Медицинским работником и Учреждением условий, установленных настоящим Договором.

2.3. Учреждение обязуется:

2.3.1. Предоставить Медицинскому работнику работу в соответствии с трудовым договором на полную ставку на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников.

2.3.2. Осуществить проверку полноты и достоверности предоставленных медицинским работником комплекта документов, договора найма (поднайма) жилого помещения.

2.3.3. По окончании проверки направить в адрес Министерства ходатайство о заключении Договора вместе с полным комплектом документов.

2.3.4. В соответствии с заключенными договорами, Учреждение ежемесячно в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за месяцем, за который происходит выплата, представляет в Министерство «Список на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам» (Приложение 5 Положения) сформированный на основании документов, подтверждающих расходы медицинского работника.

2.3.5. Незамедлительно письменно уведомить Министерство о возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты Компенсации, указанных в пунктах 11 и 12 Положения.

2.4. Медицинский работник обязуется:

2.4.1. Предоставить в медицинскую организацию комплект документов в соответствии с пунктом 4 Положения, с указанием ответственности медработника за достоверность предоставленных сведений.

2.4.2. Предоставить Учреждению документы, подтверждающие произведенные расходы по оплате найма жилого помещения, в срок не позднее 1 числа месяца, следующего за месяцем, за который происходит выплата.

2.4.3 Незамедлительно письменно уведомить Учреждение о возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты Компенсации, указанных в пунктах 11 и 12 Положения.

2.4.4. Незамедлительно направить в Министерство заявление об изменении реквизитов для перечисления денежных средств с приложением банковской выписки. Данное заявление является неотъемлемой частью Договора.

2.4.5. В течение 30 календарных дней со дня получения соответствующего

уведомления министерства осуществить возврат на лицевой счет министерства излишне выплаченных денежных средств компенсации в случае установления факта отсутствия оснований для их выплаты либо счетной ошибки.

3. Ответственность Сторон

3.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4. Заключительные положения

4.1. Во всем, что не урегулировано настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

4.2. Сроком окончания действия Договора является дата прекращения действия договора найма от « ____ » _____ 20__ года, но не позднее 31 декабря текущего финансового года.

4.3. Изменение условий настоящего Договора, его расторжение и прекращение действий допускается по соглашению сторон, а также в случаях, предусмотренных настоящим Договором.

4.4. Вносимые изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются дополнительным соглашением.

4.5. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме, подписаны уполномоченными на то представителями сторон и скреплены печатями.

4.6. Споры между Сторонами решаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.7. Настоящий Договор составлен на русском языке, в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр - Министерству, один - Учреждению, один - Медицинскому работнику, и вступает в силу с момента его регистрации в Министерстве и распространяется на правоотношения, возникшие с даты подачи заявления в Учреждение.

5. Реквизиты Сторон

Министерство здравоохранения
Тульской области

Медицинский работник

Почтовый адрес: 300045, г. Тула,
ул. Оборонная, д. 114-г,
Юридический адрес: 300045, г. Тула,
ул. Оборонная, д. 114-г,
ИНН _____
КПП _____

Адрес: _____

Паспортные данные: _____

в УФК по _____
Л/с _____
р/с _____
Банк: _____

Данные для перечисления выплаты:

_____/_____/_____
М.П.

_____/Медицинский работник/

Учреждение

Почтовый адрес: _____

Юридический адрес: _____

ИНН _____

КПП _____

в УФК по _____

Л/с _____

р/с _____

Банк: _____

_____/_____/_____

Приложение № 2
к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения медицинским работникам

Министру здравоохранения
Тульской области

(Ф.И.О., должность медицинского работника)
проживающего по адресу _____

(домашний адрес, телефон)

Заявление

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан «__» _____ 20__ г.,

_____ окончил(а) в 20__ году _____
(наименование высшего учебного заведения)

по специальности _____.

В настоящее время работаю в должности _____,
трудовой договор от _____ № _____.

На основании Положения о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем жилых помещений медицинским
работниками, утвержденного постановлением Правительства Тульской области
от «24» августа 2022 года № 546, прошу заключить со мной Договор о
предоставления ежемесячной денежной компенсации.

Подтверждаю, что договор найма жилого помещения не заключен с
близким родственником.

К заявлению прилагаю:

1) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность
заявителя;

2) копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности на
бумажном носителе, заверенные кадровой службой по месту работы, или в форме
электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной
электронной подписью (при ее наличии у работодателя);

3) согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3 к
Положению).

4) копия трудового договора;

5) копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом
органе (ИНН) медицинского работника, заверенные кадровой службой по месту
работы;

6) копия документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, содержащего страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), заверенные кадровой службой по месту работы);

7) реквизиты счета в кредитной организации для перечисления денежных средств;

8) справка из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним, подтверждающая наличие (отсутствие) жилых помещений, принадлежащих медицинскому работнику и членам его семьи на территории городского округа или муниципального района, где находится медицинская организация;

9) копии документов, подтверждающих статус члена семьи медицинского работника (свидетельство о заключении брака, свидетельства о рождении детей, решение суда об усыновлении ребенка, решение суда об установлении факта регистрации рождения, усыновления (удочерения), брака, установления родственных отношений);

10) копия договора найма (поднайма) жилого помещения, заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации;

11) выписка из Единого государственного реестра об основных характеристиках и зарегистрированных правах на объект недвижимости;

12) письменное заявление работника об отсутствии близкого родства с собственником недвижимого имущества.

Дата

Подпись

Приложение № 3

к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения медицинским работникам

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

(с целью предоставления ежемесячной компенсации за наем жилых помещений медицинским работникам)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу _____

паспорт _____, выдан _____,
(дата) (кем и когда выдан)

(заполняется, если согласие дается представителем субъекта персональных данных)

Представитель субъекта персональных данных:

(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных)

(адрес представителя субъекта персональных данных)

(номер основного документа, удостоверяющего личность представителя субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи
указанного документа и выдавшем его органе)

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя субъекта персональных
данных, при получении согласия от представителя субъекта персональных данных)

даю согласие следующему оператору персональных данных:

министерство здравоохранения Тульской области: 300045, г. Тула,
ул. Оборонная, д. 114 г

с целью предоставления ежемесячной компенсации за наем жилых
помещений медицинским работникам:

следующих моих персональных данных:

фамилия, имя, отчество, число, месяц и год рождения, место рождения, вид, серия,
номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата
выдачи, адрес места жительства (адрес регистрации, фактического проживания), иденти-
фикационный номер налогоплательщика (ИНН), реквизиты документа, подтверждающего
регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, содержащего

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), банковские реквизиты, номер расчетного или лицевого счета, реквизиты банка, сведения о наличии льгот и особых условиях исчисления (инвалидность и др.), сведения об образовании, сведения о составе семьи, степень родства, сведения из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним, сведения о договорах найма жилых помещений, сведения о трудовой деятельности.
(заполняется собственноручно в случае предоставления дополнительных категорий персональных данных,

например: контактные данные (номер абонентского устройства подвижной радиотелефонной связи, адрес электронной

почты или сведения о других способах связи),

и т.п.; при отсутствии – поставить прочерк)

с целью предоставления ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения.

на обработку, в том числе передачу (предоставление) в

(указать наименование и адрес банка, через который будет осуществляться начисление меры поддержки)

(указать наименование и адрес банка, через который будет осуществляться начисление меры поддержки)

следующих моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи, номер расчетного или лицевого счета, реквизиты банка, информация о начисляемой сумме.

Перечень действий, осуществляемых с персональными данными:

сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (предоставление); блокирование; удаление; уничтожение.

Я ознакомлен(а), что:

1) настоящее согласие на обработку персональных данных действует со дня его подписания до дня его отзыва.

1) данное согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании моего письменного заявления.

« ____ » _____ Г. _____

Приложение № 4

к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения медицинским работникам

Министру здравоохранения
Тульской области

_____.

Ходатайство

Уважаемый _____!

(наименование учреждения здравоохранения)

в соответствии с постановлением Правительства Тульской области от 24 августа 2022 г. № 546 «Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам» ходатайствует о заключении договора о предоставлении ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения:

№	Фамилия, имя, отчество медицинского работника	Должность, структурное подразделение (филиал)	Дата начала работы	Размер выплаты

Предоставленные медработниками комплекты документов на выплату компенсации проверены и соответствуют пункту 4 Положения о порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам.

Главный врач

Подпись

(_____)

ФИО

М.п.

Приложение № 5

к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения медицинским работникам

Утверждаю:
Главный врач

ГУЗ « _____ »

Подпись _____ ФИО _____
« __ » _____ 202__ г.

Список
на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого
помещения медицинским работникам

_____ (наименование учреждения)

В _____ 202__ г.
(месяц)

№ п/ п	ФИО медицинского работника	Договор		Сумма для перечисления (руб.)	Период за который производится выплата	Примечание
		дата	номер			

Исп. _____
ФИО, должность, тел.

Приложение № 6

к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения медицинским работникам

Утверждаю:
Министр здравоохранения
Тульской области

_____ Подпись _____ ФИО
« ____ » _____ 202__ г.

Сводный реестр
на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого
помещения медицинским работникам
в _____ 202__ г.
(месяц)

№ п/ п	Учрежден ие	ФИО медицинск ого работника	Договор		Сумма для перечислен ия (руб.)	Период за который производи тся выплата	Примечан ие
			дат а	номе р			

Исп. _____
ФИО, должность, тел.