

ПОРЯДОК

предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики»

1. Настоящий Порядок в соответствии с целью создания условий для оказания медицинской помощи населению и обеспечения врачебными кадрами государственных учреждений здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики, с пунктом 14 части 1 статьи 16, частью 2 статьи 16.1 Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Законом УР от 06.03.2014 N 4-РЗ «Об отдельных полномочиях органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан в Удмуртской Республике», определяет порядок установления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики».

2. Комиссия распределяет выплаты, предусмотренные пунктами 3, 4, 5 настоящего Порядка, в пределах средств бюджета муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» предусмотренных муниципальной программой «Охрана здоровья и формирование здорового образа жизни населения на 2015 - 2025 годы», утвержденной постановлением Администрации муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» от 23.06.2022г. N 803.

3. Мера социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики, принятым на работу по письменному приглашению учреждения после 01.01.2022, и не обеспеченным жилыми помещениями на территории Вавожского района в соответствии с требованиями жилищного законодательства (далее - Заявитель), предоставляется в виде:

выплаты врачам, фельдшерам и медицинским сестрам ежемесячной компенсации в размере фактически произведенных расходов за наем (поднаем) жилого помещения, но не более 6 (Шести) тысяч рублей.

3.1. Выплаты на основании пункта 2 осуществляются при предоставлении Комиссии следующих документов:

1) Заявление о ежемесячной компенсации в размере фактически произведенных расходов за наем (поднаем) жилого помещения (**приложение № 1 к настоящему Порядку**);

2) Копия письменного приглашения учреждения здравоохранения о приглашении на работу Заявителя после 01.01.2022, заверенная руководителем учреждения здравоохранения;

3) Копия приказа о приеме на работу и трудового договора, заверенных руководителем учреждения здравоохранения;

4) Копии документа, удостоверяющего личность Заявителя;

5) Копии документов, подтверждающих состав семьи Заявителя;

6) Копии документов, подтверждающих наличие (отсутствие) у Заявителя и членов его семьи жилого помещения на территории Вавожского района на праве собственности, по договорам социального найма, найма специализированного жилого помещения (членами семьи заявителя считаются супруг (супруга) и несовершеннолетние дети Заявителя).

7) Выписка из трудовой книжки о текущем исполнении трудовых обязанностей в бюджетных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории Вавожского района;

8) Договор найма (поднайма) жилого помещения, стороной которого является Заявитель. В договоре обязательно должны указываться периоды и сроки внесения арендной платы.

Копии документов, предусмотренных пунктом 3.1. настоящего Порядка, за исключением документов, заверенных руководителем организации-работодателя, представляются с предъявлением оригиналов в случае, если они не заверены нотариально.

3.2. Компенсация в размере фактически произведенных расходов за наем (поднаем) жилого помещения на основании пункта 3 производится в течение 10 рабочих дней на основании предоставления Заявителем периодических платежных документов, подтверждающих внесение платы за наем (поднаем) жилого помещения Заявителем.

3.3. В случае работы супруга (супруги) Заявителя в государственном учреждении здравоохранения Удмуртской Республики на территории Вавожского района выплата ежемесячной компенсации осуществляется одному из супругов.

3.4. Заявитель несет ответственность за достоверность сведений и документов, представляемых им для установления ежемесячной компенсации, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. Мера социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики (далее - Заявитель), предоставляется в виде:

1) единовременной выплаты врачам, принятым на работу по письменному приглашению учреждения после 01.01.2022, в размере 200 000 (Двести тысяч) рублей.

2) единовременной выплаты фельдшерам и медицинским сестрам, принятым на работу по письменному приглашению учреждения после 01.01.2022, в размере 100 000 (Сто тысяч) рублей.

4.1. Выплаты на основании подпункта 1-2 пункта 4 осуществляются при предоставлении Комиссии следующих документов:

1) Заявление (соглашение) о единовременной выплате (**для врачей - приложение № 2; для фельдшеров и медицинских сестер – приложение № 3 к настоящему Порядку**);

2) Копия письменного приглашения учреждения здравоохранения о приглашении на работу Заявителя после 01.01.2022г., заверенная руководителем учреждения здравоохранения;

3) Копия приказа о приеме на работу и трудового договора, заверенных руководителем учреждения здравоохранения;

4) Копии документа, удостоверяющего личность Заявителя;

5) Выписка из трудовой книжки о текущем исполнении трудовых обязанностей в бюджетных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории Вавожского района.

4.2. Выплата, предусмотренная подпунктом 1, 2 пункта 4 настоящего Порядка производится не позднее 1 года с момента принятия положительного решения Комиссией.

4.3. Заявитель несет ответственность за достоверность сведений и документов, представляемых им для установления ежемесячной компенсации, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Мера социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики (далее - Заявитель), предоставляется в виде:

ежемесячной социальной поддержки в виде стипендиального обеспечения обучающимся ординатуры, в колледже (далее – образовательное учреждение) по целевому направлению, планирующих работать в государственном учреждении здравоохранения в Вавожском районе по направлению деятельности:

1) врачам в размере 10 000 рублей;

2) среднему медицинскому персоналу в размере 5000 рублей.

5.1. Выплаты на основании пункта 5 осуществляются при предоставлении Администрации Вавожского района следующих документов:

1) Заявление (соглашение) о ежемесячной социальной поддержке в виде стипендиального обеспечения обучающимся (**для врачей – приложение № 4; для среднего медицинского персонала – приложение № 5 к настоящему Порядку**)

2) Копии документа, удостоверяющего личность Заявителя;

3) Копия договора о целевом образовании, планирующего работать в государственном учреждении здравоохранения в Вавожском районе по направлению деятельности, указанному в пункте 5.

Копии документов, предусмотренных пунктом 5.1. настоящего Порядка, за исключением документов, заверенных уполномоченным лицом образовательной организации, представляются с предъявлением оригиналов в случае, если они не заверены нотариально.

Заявитель несет ответственность за достоверность сведений и документов, представляемых им для установления ежемесячной компенсации, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Выплата, предусмотренная пунктом 5 настоящего Порядка производится не позднее 10 числа каждого месяца с момента принятия Комиссией решения о предоставлении ежемесячной социальной поддержки.

6. Заявителю отказывается в предоставлении меры социальной поддержки в соответствии с п. 3-5 настоящего Порядка при:

1) несоответствии Заявителя критериям, установленным настоящим Порядком.

2) непредставлении документов, предусмотренных п. 3 - 5 настоящего Порядка.

6.1. При наличии оснований Комиссия направляет заявителю уведомление об отказе в установлении меры социальной поддержки после принятия решения в течение 5 рабочих дней.

6.2. Предоставление мер социальной поддержки Заявителю приостанавливается Комиссией:

1) при отсутствии в бюджете Администрации Вавожского района ассигнований на выплату компенсации, предусмотренных муниципальной программой «Охрана здоровья и формирование здорового образа жизни населения на 2015 - 2025 годы», утвержденной постановлением Администрации муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» от 23.06.2022г. N 803;

2) в случае непредставления документов, подтверждающих оплату за наем (поднаем) жилого помещения за соответствующий месяц.

6.3. Предоставление мер социальной поддержки заявителю прекращается Комиссией со дня, следующего за днем наступления нижеуказанных обстоятельств:

1) расторжения трудового договора с Заявителем;

2) расторжения Заявителем договора найма (поднайма) жилого помещения;

3) приобретения заявителем или членами его семьи собственного жилья либо предоставления заявителю или членам его семьи служебного жилья, жилого помещения на условиях социального найма;

4) смерти заявителя, а также признания его в установленном порядке умершим или безвестно отсутствующим;

5) в случае расторжения договора о целевом образовании.

При наступлении обстоятельств (за исключением указанных в подпункте 4 пункта 6.3 настоящего Порядка), которые могут повлечь прекращение предоставления мер социальной поддержки, заявитель обязан известить учреждение здравоохранения в течение 3 рабочих дней со дня наступления указанных обстоятельств.

7. Администрация муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» принимает решение о

предоставлении мер социальной поддержки, предусмотренных пунктом 4, 5 настоящего Порядка, при наличии следующих письменных обязательств Заявителей перед государственным учреждением здравоохранения (работодателем):

7.1. Исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения договора на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107, Трудового кодекса Российской Федерации).

Заявитель обязан в течение двух месяцев со дня следующего за днем выдачи диплома об окончании ординатуры, трудоустроиться в государственное учреждение здравоохранения, расположенное на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики».

7.2. Возвратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 4, 5 настоящего Порядка, в полном объеме при нарушении условий пункта 7.1 настоящего Порядка (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или в иной район или поступления на обучение по иным дополнительным профессиональным программам;

7.3. Возвратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 4, 5 настоящего Порядка, 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 Заявителя).

7.4. Возврат денежных средств, указанных в п. 7.2, п. 7.3 осуществляется на основании требования о возврате денежных средств в 6 - месячный срок либо в иной срок по согласованию с Заявителем.

8. Возмещение затрат, связанных с предоставлением мер социальной поддержки, установленных настоящим Порядком, осуществляется за счет средств бюджета муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики».

ПОЛОЖЕНИЕ

о комиссии по предоставлению мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики»

1. Общие положения

Настоящее Положение регламентирует деятельность комиссии по обеспечению действующего порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» (далее - Заявитель).

2. Порядок образования и состав комиссии

- 2.1. Комиссия образуется постановлением Администрации Вавожского района и осуществляет полномочия указанные в разделе 3 настоящего Положения от имени Администрации Вавожского района.
- 2.2. Количественный и персональный состав комиссии утверждается главой Администрации района.

3. Основные функции и полномочия комиссии

- 3.1 Основной задачей комиссии является распределение количества выплат, предусмотренных пунктом Порядка, в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных на предоставление мер социальной поддержки.
- 3.2. Комиссия в целях выполнения возложенной на нее задачи:
 - рассматривает пакет документов, предоставленный в соответствии с пунктами Порядка;
 - принимает решение о выделении денежных средств либо об отказе в выделении денежных средств в пределах бюджетных ассигнований, в соответствии с Порядком;
 - рассматривает иные вопросы.
- 3.3. Рассматривает и разрешает в пределах своей компетенции иные вопросы, связанные с предоставлением мер социальной поддержки.

4. Организация работы комиссии

4.1. Комиссия формируется в составе председателя, заместителя председателя комиссии, секретаря и членов комиссии.

4.2. Деятельностью комиссии руководит председатель. Председатель назначает и ведет заседание комиссии.

5. Порядок работы комиссии

5.1. Заседания комиссии проводятся по мере поступления пакета документов, собранных в соответствии с Порядком, по необходимости, по инициативе председателя либо по заявлению любого из членов комиссии и правомочны при участии более половины ее членов. Заседание проводится не позднее 30 календарных дней с момента поступления пакета документов в Комиссию.

5.2. Повестка дня комиссии утверждается непосредственно на заседании.

5.3. По окончании заседания комиссия выносит следующие решения:

- решение о выделении денежных средств, в пределах бюджетных ассигнований, в соответствии с Порядком;

- решение об отказе в выделении денежных средств, в пределах бюджетных ассигнований, в соответствии с Порядком.

5.4 Комиссия обеспечивает конфиденциальность информации, содержащейся в документах, предоставленных Заявителем, обучающимися (далее - заявители).

5.5. Секретарь комиссии проверяет правильность оформления заявлений и документов.

5.6. Решения принимаются простым большинством голосов присутствующих на заседании членов комиссии путем открытого голосования.

В случае равенства голосов решающим является голос председательствующего на заседании комиссии. Все члены комиссии обладают равными правами.

5.7. Решение комиссии оформляется протоколом заседания, которое подписывается председателем, секретарем, членами комиссии.

Член комиссии, не согласный с ее решением, вправе в письменной форме изложить свое мнение, которое подлежит обязательному приобщению к протоколу заседания.

5.8. На основании решения заседания комиссии издается соответствующее постановление Администрации Вавожского района.

6. Ответственность комиссии

6.1. Комиссия принимает решения в пределах своей компетенции и полномочий.

6.2. Принятые комиссией решения могут быть обжалованы в установленном порядке.

Приложение № 1 к ПОРЯДКУ
Главе муниципального образования
«Муниципальный округ
Вавожский район УР»
С.В. Зорину

заявление
о ежемесячной компенсации в размере фактически произведенных расходов
за наем (поднаем) жилого помещения

В соответствии с п. 3 Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» прошу предоставить мне,

(Фамилия Имя Отчество полностью)

ежемесячную компенсацию в размере фактически произведенных расходов за наем (поднаем) жилого помещения, но не более 6 (Шести) тысяч рублей в размере _____ (_____) _____ копеек. Денежные средства прошу перечислить на предоставленные банковские реквизиты (приложение к заявлению).

С условиями Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» № _____ от _____ г. ознакомлен и полностью согласен.

Даю свое согласие обрабатывать (собирать, записывать, систематизировать, хранить, уточнять, извлекать, использовать, передавать, обезличивать, блокировать, удалять, уничтожать) мои персональные данные, в соответствии с приложениями, в течение периода действия и с целью предоставления выплаты и после его прекращения - в течение срока хранения документов, содержащих мои персональные данные, установленного действующим архивным законодательством.

Приложения:

1) Копия письменного приглашения учреждения здравоохранения о приглашении на работу Заявителя после 01.01.2022, заверенная руководителем учреждения здравоохранения;

2) Копия приказа о приеме на работу и трудового договора, заверенных руководителем учреждения здравоохранения;

3) Копии документа, удостоверяющего личность Заявителя;

4) Копии документов, подтверждающих состав семьи Заявителя;

5) Копии документов, подтверждающих наличие (отсутствие) у Заявителя и членов его семьи жилого помещения на территории Вавожского района на праве собственности, по договорам социального найма, найма специализированного жилого помещения (членами семьи заявителя считаются супруг (супруга) и несовершеннолетние дети Заявителя);

6) Выписка из трудовой книжки о текущем исполнении трудовых обязанностей в бюджетных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории Вавожского района;

7) Договор найма (поднайма) жилого помещения, стороной которого является Заявитель. В договоре обязательно должны указываться периоды и сроки внесения арендной платы;

8) Банковские реквизиты для ежемесячной компенсации в размере фактически произведенных расходов за наем (поднаем) жилого помещения.

Заявитель,
гражданин

(подпись)

(расшифровка)

Приложение № 2 к ПОРЯДКУ
Главе муниципального образования
«Муниципальный округ
Вавожский район УР»
С.В. Зорину

заявление (соглашение)
о единовременной выплате врачу, принятому на работу по письменному
приглашению учреждения после 01.01.2022

В соответствии с подпунктом 1 пунктом 4 Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» прошу предоставить мне,

(Фамилия Имя Отчество полностью)

единовременную выплату, врачу, принятому на работу по письменному приглашению учреждения после 01.01.2022, в размере 200 000 (Двести тысяч) рублей. Денежные средства прошу перечислить на предоставленные банковские реквизиты (приложение к заявлению).

С условиями и ответственностью Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» № _____ от _____ г. (далее – Порядок) ознакомлен и полностью согласен.

Обязуюсь исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения договора на должности в соответствии с трудовым договором с учреждением здравоохранения, в соответствии с условиями Порядка, при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107, Трудового кодекса Российской Федерации);

Обязуюсь возратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 4 Порядка, в полном объеме при нарушении условий пункта 7.1 настоящего Порядка (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и 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;

Обязуюсь возвратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 4 настоящего Порядка, 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).

Даю свое согласие обрабатывать (собирать, записывать, систематизировать, хранить, уточнять, извлекать, использовать, передавать, обезличивать, блокировать, удалять, уничтожать) мои персональные данные, в соответствии с приложениями, в течение периода действия и с целью предоставления выплаты и после его прекращения - в течение срока хранения документов, содержащих мои персональные данные, установленного действующим архивным законодательством.

Приложения:

1) Копия письменного приглашения учреждения здравоохранения о приглашении на работу Заявителя после 01.01.2022г., заверенная руководителем учреждения здравоохранения;

2) Копия приказа о приеме на работу и трудового договора, заверенных руководителем учреждения здравоохранения;

3) Копии документа, удостоверяющего личность Заявителя;

4) Выписка из трудовой книжки о текущем исполнении трудовых обязанностей в бюджетных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории Вавожского района.

5) Банковские реквизиты для единовременной выплаты врачу, принятому на работу по письменному приглашению учреждения после 01.01.2022.

Заявитель,
гражданин

(подпись)

(расшифровка)

Приложение № 3 к ПОРЯДКУ
Главе муниципального образования
«Муниципальный округ
Вавожский район УР»
С.В. Зорину

заявление (соглашение)
о единовременной выплате фельдшеру (медицинской сестре), принятому на
работу по письменному приглашению учреждения после 01.01.2022

В соответствии с подпунктом 2 пункта 4 Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» прошу предоставить мне,

(Фамилия Имя Отчество полностью)

единовременную выплату, фельдшеру, принятому на работу по письменному приглашению учреждения после 01.01.2022, в размере 100 000 (Сто тысяч) рублей. Денежные средства прошу перечислить на предоставленные банковские реквизиты (приложение к заявлению).

С условиями и ответственностью Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» № _____ от _____ г. (далее – Порядок) ознакомлен и полностью согласен.

Обязуюсь исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения договора на должности в соответствии с трудовым договором с учреждением здравоохранения, в соответствии с условиями Порядка, при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107, Трудового кодекса Российской Федерации);

Обязуюсь возратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 4 Порядка, в полном объеме при нарушении условий пункта 7.1 настоящего Порядка (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и 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;

Обязуюсь возвратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 4 настоящего Порядка, 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).

Даю свое согласие обрабатывать (собирать, записывать, систематизировать, хранить, уточнять, извлекать, использовать, передавать, обезличивать, блокировать, удалять, уничтожать) мои персональные данные, в соответствии с приложениями, в течение периода действия и с целью предоставления выплаты и после его прекращения - в течение срока хранения документов, содержащих мои персональные данные, установленного действующим архивным законодательством.

Приложения:

1) Копия письменного приглашения учреждения здравоохранения о приглашении на работу Заявителя после 01.01.2022г., заверенная руководителем учреждения здравоохранения;

2) Копия приказа о приеме на работу и трудового договора, заверенных руководителем учреждения здравоохранения;

3) Копии документа, удостоверяющего личность Заявителя;

4) Выписка из трудовой книжки о текущем исполнении трудовых обязанностей в бюджетных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории Вавожского района.

5) Банковские реквизиты для единовременной выплаты фельдшеру (медицинской сестре), принятому на работу по письменному приглашению учреждения после 01.01.2022.

Заявитель,
гражданин

(подпись)

(расшифровка)

Приложение № 4 к ПОРЯДКУ
Главе муниципального образования
«Муниципальный округ
Вавожский район УР»
С.В. Зорину

заявление (соглашение)
о ежемесячной социальной поддержке в виде стипендиального обеспечения
обучающимся ординатуры

В соответствии с подпунктом 1 пункта 5 Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» прошу предоставить мне,

(Фамилия Имя Отчество полностью)

ежемесячную социальную поддержку в виде стипендиального обеспечения обучающемуся(йся) ординатуры, (далее – образовательное учреждение) по целевому направлению, планирующего(й) работать в государственном учреждении здравоохранения в Вавожском районе врачом в размере 10 000 рублей. Денежные средства прошу перечислить на предоставленные банковские реквизиты (приложение к заявлению).

С условиями и ответственностью Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования

«Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» № _____ от _____ г. (далее – Порядок) ознакомлен и полностью согласен.

Обязуюсь исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения договора на должности в соответствии с трудовым договором с учреждением здравоохранения, в соответствии с условиями Порядка, при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107, Трудового кодекса Российской Федерации);

Обязуюсь возратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 5 Порядка, в полном объеме при нарушении условий пункта 7.1 настоящего Порядка (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и 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;

Обязуюсь возвратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 5 настоящего Порядка, 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).

Даю свое согласие обрабатывать (собирать, записывать, систематизировать, хранить, уточнять, извлекать, использовать, передавать, обезличивать, блокировать, удалять, уничтожать) мои персональные данные, в соответствии с приложениями, в течение периода действия и с целью предоставления выплаты и после его прекращения - в течение срока хранения документов, содержащих мои персональные данные, установленного действующим архивным законодательством.

Приложения:

- 1) Копии документа, удостоверяющего личность Заявителя;
- 2) Копия договора о целевом обучении, планирующего работать в государственном учреждении здравоохранения в Вавожском районе по направлению деятельности, указанному в пункте 5.
- 3) Справка из образовательного учреждения о пройденном материале (подтверждающий документ обучающихся по программе ординатуры по целевому направлению).
- 4) Банковские реквизиты для ежемесячной социальной поддержки в виде стипендиального обеспечения обучающимся ординатуры.

Заявитель,
гражданин

(подпись)

(расшифровка)

Главе муниципального образования
«Муниципальный округ
Вавожский район УР»
С.В. Зорину

заявление (соглашение)
о ежемесячной социальной поддержке в виде стипендиального обеспечения
обучающимся в колледже

В соответствии с подпунктом 2 пункта 5 Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» прошу предоставить мне,

(Фамилия Имя Отчество полностью)

ежемесячную социальную поддержку в виде стипендиального обеспечения обучающемуся(йся) в колледже, (далее – образовательное учреждение) по целевому направлению, планирующему(й) работать в государственном учреждении здравоохранения в Вавожском районе средним медицинским персоналом, в размере 5000 рублей. Денежные средства прошу перечислить на предоставленные банковские реквизиты (приложение к заявлению).

С условиями и ответственностью Порядка предоставления мер социальной поддержки медицинским работникам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования

«Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» № _____ от _____ г. (далее – Порядок) ознакомлен и полностью согласен.

Обязуюсь исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения договора на должности в соответствии с трудовым договором с учреждением здравоохранения, в соответствии с условиями Порядка, при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107, Трудового кодекса Российской Федерации);

Обязуюсь возратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 5 Порядка, в полном объеме при

нарушении условий пункта 7.1 настоящего Порядка (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и 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;

Обязуюсь возвратить в бюджет муниципального образования выплаты в полном объеме, предусмотренные пунктом 5 настоящего Порядка, 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).

Даю свое согласие обрабатывать (собирать, записывать, систематизировать, хранить, уточнять, извлекать, использовать, передавать, обезличивать, блокировать, удалять, уничтожать) мои персональные данные, в соответствии с приложениями, в течение периода действия и с целью предоставления выплаты и после его прекращения - в течение срока хранения документов, содержащих мои персональные данные, установленного действующим архивным законодательством.

Приложения:

- 1) Копии документа, удостоверяющего личность Заявителя;
- 2) Копия договора о целевом обучении, планирующего работать в государственном учреждении здравоохранения в Вавожском районе по направлению деятельности, указанному в пункте 5.
- 3) Справка из образовательного учреждения о пройденном материале (подтверждающий документ обучающихся в колледже по целевому направлению).
- 4) Банковские реквизиты для ежемесячной социальной поддержки в виде стипендиального обеспечения обучающимся в колледже.

Заявитель,
гражданин

(подпись)

(расшифровка)

Главе муниципального образования
«Муниципальный округ
Вавожский район
Удмуртской Республики»
С.В. Зорину

заявление.

Прошу произвести выплату в виде компенсации фактически произведенных расходов за наем жилого помещения в сумме _____ на мой р/с _____ отделения №8618 ПАО Сбербанк России г.Ижевск, согласно Постановлению Администрации муниципального образования «Муниципальный округ Вавожский район Удмуртской Республики» от _____ № _____

Приложение: копия (ии) чеков в _____ экз.

Заявитель,
гражданин

(подпись)

(расшифровка)

(дата)