



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

КОМИ РЕСПУБЛИКАСА ЙӖЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО

П Р И К А З

№ 9/392

от 06 сентября 2018 г.

г. Сыктывкар

Об утверждении форм заявлений и договоров на предоставление единовременных выплат медицинским работникам

В соответствии с постановлением Правительства Республики Коми от 14 февраля 2012 № 45 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников с высшим образованием и средним профессиональным образованием, работающих в сельских населенных пунктах и поселках городского типа» и постановлением Правительства Республики Коми от 08 мая 2014 г. № 181 «О предоставлении мер социальной поддержки, направленных на кадровое обеспечение системы здравоохранения Республики Коми» приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Форму заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, принимаемым на квотируемые рабочие места согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.2. Форму заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам со средним медицинским образованием, прибывшим (приехавшим) на работу в сельские населенные пункты согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.3. Форму договора на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, принимаемым на квотируемые рабочие места согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.4. Форму договора на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам со средним

медицинским образованием, прибывшим (приехавшим) на работу в сельские населенные пункты согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу:

2.1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 25 марта 2016 № 618-р «Об утверждении форм заявлений и договоров на предоставление единовременной выплаты медицинским работникам».

2.2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 02 мая 2017 № 890-р «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 25 марта 2016 № 618-р «Об утверждении форм заявлений и договоров на предоставление единовременной выплаты медицинским работникам».

2.3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 15 сентября 2017 № 1881-р \$1 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 25 марта 2016 № 618-р «Об утверждении форм заявлений и договоров на предоставление единовременной выплаты медицинским работникам».

2.4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 09 августа 2018 № 1721-р «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 25 марта 2016 № 618-р «Об утверждении форм заявлений и договоров на предоставление единовременной выплаты медицинским работникам».

Министр



Д.Б. Березин

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Республики Коми
от 06.09.2018 № 9/392
(приложение № 1)

ФОРМА

В Министерство здравоохранения
Республики Коми

ЗАЯВЛЕНИЕ

на предоставление единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам,
принимаемым на квотируемые рабочие места, в размере **100 тысяч рублей**
(заполняется собственноручно)

| | |
|--|--|
| Фамилия | |
| Имя | |
| Отчество | |
| дата рождения | |
| сведения о документе, удостоверяющем личность медицинского работника (вид документа, серия и номер, кем выдан документ, дата выдачи) | |
| сведения о документе, подтверждающем получение высшего медицинского образования (вид документа, серия и номер, кем выдан документ, дата выдачи) | |
| наименование медицинской организации, в которой медицинский работник осуществляет трудовую деятельности | |
| наименование структурного подразделения | |
| занимаемая должность | |
| дата заключения трудового договора, срок его действия | |
| адрес места регистрации (по паспорту) | |
| номер телефона | |
| почтовый адрес, на который должно быть направлено уведомление о принятом | |

| | |
|--|--|
| решении | |
| ИНН | |
| Номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования | |

В соответствии с постановлением Правительства Республики Коми от 08 мая 2014 г. № 181 «О предоставлении мер социальной поддержки, направленных на кадровое обеспечение системы здравоохранения Республики Коми», прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату в размере 100 тысяч рублей.

Выплату прошу перечислить на мой банковский счет по следующим реквизитам:

№ счета _____

открытый в _____

(наименование учреждения банка)

БИК _____

К/С _____

На заключение договора, предусматривающего мою обязанность в течение трех лет работать по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, в соответствии с трудовым договором (без учета нахождения в отпуске по уходу за ребенком), согласен.

Подписывая настоящее заявление, даю Министерству здравоохранения Республики Коми (Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73), свое согласие на обработку (в т.ч. в информационных системах персональных данных) моих персональных данных, в объеме предоставленных в настоящем заявлении в целях реализации постановления Правительства Республики Коми от 08 мая 2014 г. № 181 «О предоставлении мер социальной поддержки, направленных на кадровое обеспечение системы здравоохранения Республики Коми», включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение на бумажном и электронном носителях, уточнение (обновление, изменение) и использование.

(подпись медицинского работника)

(фамилия и инициалы)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Достоверность сведений, указанных в заявлении медицинского работника, подтверждаю.

Руководитель медицинской организации:

(наименования медицинской организации)

М.П.

Подпись

фамилия и инициалы

« ____ » _____ 20 ____ г.

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Республики Коми
от 06.09.2018 № 9/392
(приложение № 2)

ФОРМА

В Министерство здравоохранения
Республики Коми

ЗАЯВЛЕНИЕ

на предоставление единовременной компенсационной выплаты в размере 350 тыс. рублей
(заполняется собственноручно)

| | |
|---|--|
| Фамилия | |
| Имя | |
| Отчество | |
| дата рождения | |
| сведения о документе, удостоверяющем личность медицинского работника (вид документа, серия и номер, кем выдан документ, дата выдачи) | |
| сведения о документе, подтверждающем получение среднего медицинского образования (вид документа, серия и номер, кем выдан документ, дата выдачи) | |
| наименование медицинской организации | |
| наименование ФАПа | |
| занимаемая должность | |
| наименование сельского населенного пункта, в котором работает медицинский работник в соответствии с трудовым договором | |
| дата заключения трудового договора, срок его действия | |
| адрес места регистрации (по паспорту) | |
| номер телефона | |

| | |
|--|--|
| почтовый адрес, на который должно быть направлено уведомление о принятом решении | |
| ИНН | |
| Номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования | |

В соответствии с постановлением Правительства Республики Коми от 14 февраля 2012 г. № 45 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников с высшим образованием и средним профессиональным образованием, работающих в сельских населенных пунктах и поселках городского типа» прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату в размере 350 тыс. рублей.

Выплату прошу перечислить на мой банковский счет по следующим реквизитам:

№ счета _____
открытый в _____
(наименование учреждения банка)

БИК _____
К/С _____

Подписывая настоящее заявление, даю Министерству здравоохранения Республики Коми (Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73) свое согласие на обработку (в т.ч. в информационных системах персональных данных) моих персональных данных, в объеме предоставленных в настоящем заявлении в целях реализации постановления Правительства Республики Коми от 14 февраля 2012 г. № 45 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников с высшим образованием и средним профессиональным образованием, работающих в сельских населенных пунктах и поселках городского типа», включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение на бумажном и электронном носителях, уточнение (обновление, изменение), использование.

(подпись медицинского работника)

(фамилия и инициалы)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Достоверность сведений, указанных в заявлении медицинского работника, подтверждаю.

Руководитель медицинской организации:

(наименования медицинской организации)

М.П.

Подпись

фамилия и инициалы

« ____ » _____ 20 ____ г.

от 06.09.2018 № 9/392
(приложение № 3)

FORMA

ДОГОВОР

на получение единовременной компенсационной выплаты с медицинским работником с высшим медицинским образованием, принятым на квотируемые рабочие места в **размере 100 тыс. рублей**

г. Сыктывкар

« » 20 г.

Министерство здравоохранения Республики Коми в лице министра Березина Дмитрия Борисовича, действующего на основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Коми, утвержденного постановлением Правительства Республики Коми от 05 июля 2012 №283, именуемое в дальнейшем «Министерство»,

медицинский работник с высшим образованием _____,

именуемый в дальнейшем «Медицинский работник»,

И

(указывается наименование медицинской организации)

именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», при совместном упоминании именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Настоящий договор заключен в соответствии с постановлением Правительства Республики Коми от 08 мая 2014 № 181 «О предоставлении мер социальной поддержки, направленных на кадровое обеспечение системы здравоохранения Республики Коми».

1.2. Медицинский работник работает в должности

(наименование должности)

B

(наименование медицинской организации)

(дата, № трудового договора)

2. Предмет договора

2.1. Предметом настоящего договора является осуществление единовременной компенсационной выплаты в размере **100 000 рублей (в том числе налог на доходы физических лиц)** Медицинскому работнику с

высшим образованием, принятому на квотируемые рабочие места (далее – Выплата).

3. Обязательства Сторон

3.1. Министерство обязуется:

1) обеспечить перечисление единовременной компенсационной выплаты в размере 87 000 рублей 00 копеек в течение 30 календарных дней со дня заключения договора на банковский счет Медицинского работника

№ _____,
открытый в _____
БИК _____
к/с _____;

2) произвести перечисление исчисленного и удержанного Министерством (налоговым агентом) налога на доходы физических лиц в размере 13 000,00 рублей с налогоплательщика (Медицинского работника) в бюджет по месту учета налогового агента в налоговом органе не позднее дня перечисления дохода на счет налогоплательщика в банке;

3) в случае неисполнения Медицинским работником 1, 5 – 7 пункта 3.2 настоящего договора взыскать денежные средства в установленном законодательством порядке;

4) принять все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных Медицинского работника при их обработке;

5) произвести расчет части выплаты, подлежащей возврату Медицинским работником, а также суммы штрафной неустойки за неисполнение обязанностей, предусмотренных договором в течение 10 рабочих дней со дня поступления в Министерство уведомления от Медицинской организации о досрочном прекращении трудового договора с Медицинским работником;

6) направить Медицинскому работнику уведомление, содержащее размер средств, подлежащих возмещению, и реквизиты счета, на который необходимо перечислить средства. Уведомление направляется заказным почтовым отправлением.

3.2. Медицинский работник обязуется:

1) в течение трех лет (без учета нахождения в отпуске по уходу за ребенком) работать по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором от _____ № _____, заключенным Медицинским _____ работником _____ с _____

наименование медицинской организации

2) письменно извещать Медицинскую организацию и Министерство не менее чем за две недели до дня прекращения трудового договора о намерении до истечения трех лет с даты заключения расторгнуть трудовой договор.

3) письменно извещать Медицинскую организацию и Министерство в течение двух рабочих дней с даты изменения указанных в настоящем договоре реквизитов банковского счета и (или) почтового адреса о наличии указанных изменений;

4) не предпринимать меры к заключению нового договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в течение срока действия настоящего договора и после его прекращения (досрочного расторжения) независимо от оснований прекращения (досрочного расторжения) договора;

5) в случае прекращения трудового договора, указанного в пункте 1.2 настоящего договора до истечения трехлетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), Медицинский работник обязан возвратить Министерству часть Выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, с указанием реквизитов счета для возврата средств;

6) в случае неисполнения обязанности по возврату части Выплаты, предусмотренной подпунктом 5 настоящего пункта, в установленные сроки, Медицинский работник выплачивает Министерству неустойку (пени) в размере 1/300 действующей на день уплаты неустойки (пени) ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, начисляемой на часть единовременной компенсационной выплаты, предусмотренной подпунктом 5 настоящего пункта. Неустойка (пеня) начисляется за каждый день, начиная со дня, следующего за днем истечения тридцатидневного срока, предусмотренного подпунктом 7 настоящего пункта;

7) произвести возврат части Выплаты в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора путем перечисления суммы на лицевой счет Министерства, которое производит перечисление указанных средств в республиканский бюджет Республики Коми.

3.3. Медицинская организация обязуется:

1) уведомить Министерство, в случае прекращения трудового договора с Медицинским работником до истечения трехлетнего срока, без учета нахождения в отпуске по уходу за ребенком, в течение 3 рабочих дней со дня прекращения трудового договора с указанием оснований его прекращения;

2) принимать все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных Медицинского работника при их обработке.

4. Срок действия договора

4.1. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

4.2. Подтверждением исполнения обязательств со стороны Министерства является платежное поручение о перечислении Выплаты на счет Медицинского работника, а со стороны Медицинского работника

справка от Медицинской организации о том, что Медицинский работник исполнил обязательства, указанные в пункте 3.2 настоящего договора.

5. Иные положения

5.1. За неисполнение (ненадлежащее) исполнение настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Положения, не урегулированные настоящим договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

5.3. Все споры разрешаются Сторонами путем переговоров, а в случае, если в разумные сроки переговоры не привели к урегулированию разногласий – в судебном порядке.

5.4. Настоящий договор заключен в трех экземплярах по одному для каждой из Сторон договора.

6. Адреса и реквизиты Сторон:

| Министерство здравоохранения Республики Коми: | Медицинская организация: | Медицинский работник: |
|---|---|---|
| 167610, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, д. 73 ИНН – 1101486491, КПП – 110101001 Министерство финансов Республики Коми (Министерство здравоохранения Республики Коми, Л8540106601-МЗдрв) р/с 40201810300000100048 Банк: Отделение – НБ Республики Коми г. Сыктывкар БИК 048702001 | | ФИО _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ Реквизиты документа. удостоверяющего личность: Паспорт _____ кем и когда выдан: _____ _____ _____ |
| Министр _____ подпись Д.Б.Березин м.п. | Руководитель _____ подпись _____ Фамилия инициалы м.п. | _____ подпись _____ Фамилия инициалы |

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Республики Коми
от 06.09.2018 № 9/392
(приложение № 4)

ФОРМА

ДОГОВОР
на получение единовременной компенсационной выплаты
в размере 350 тыс. рублей

г. Сыктывкар

« » 20 г.

Министерство здравоохранения Республики Коми в лице министра Березина Дмитрия Борисовича, действующего на основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Коми, утвержденного постановлением Правительства Республики Коми от 05 июля 2012 №283, именуемое в дальнейшем «Министерство»,

медицинский работник со средним профессиональным медицинским образованием

_____, именуемый
в дальнейшем «Медицинский работник»,

и

_____,
(указывается наименование медицинской организации)

именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», при
совместном упоминании именуемые Стороны, заключили настоящий
договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Настоящий договор заключен в соответствии с постановлением
Правительства Республики Коми от 14 февраля 2012 № 45 «Об
осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным
категориям медицинских работников с высшим образованием и средним
профессиональным, работающих в сельских населенных пунктах».

1.2. Медицинский работник работает в должности

(наименование должности)

В

(наименование медицинской организации)

(дата, № трудового договора)

(наименование сельского населенного пункта, в котором находится структурное подразделение)

2. Предмет договора

2.1. Предметом настоящего договора является осуществление единовременной компенсационной выплаты в размере **350 000 рублей** медицинскому работнику со средним профессиональным медицинским образованием, прибывшему (переехавшему) на работу в сельский населенный пункт (далее – Выплата).

3. Обязательства Сторон

3.1. Министерство обязуется:

1) в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего договора произвести единовременной компенсационной выплату Медицинскому работнику в размере 350 000 рублей 00 копеек на банковский счет Медицинского работника

№ _____,
открытый в _____
БИК _____
к/с _____;

2) в случае неисполнения Медицинским работником обязанностей, предусмотренных пункта 3.2 настоящего договора, взыскивать денежные средства в установленном порядке.

3) принимать все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных Медицинского работника при их обработке.

3.2. Медицинский работник обязуется:

1) в течение пяти лет работать по основному месту работы (в сельском населенном пункте) на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором от _____ № _____, заключенным Медицинским работником с _____;

наименование медицинской организации

2) письменно извещать Медицинскую организацию и Министерство не менее чем за две недели до дня прекращения трудового договора о намерении до истечения пяти лет с даты заключения расторгнуть трудовой договор;

3) письменно извещать Медицинскую организацию и Министерство в течение двух рабочих дней с даты изменения указанных в настоящем договоре реквизитов банковского счета и (или) почтового адреса о наличии указанных изменений.

4) не предпринимать меры к заключению нового договора на предоставление единовременной компенсационной выплаты в течение срока действия настоящего договора и после его прекращения (досрочного расторжения) независимо от оснований прекращения (досрочного расторжения) договора;

5) в случае прекращения трудового договора, указанного в пункте 1.2 настоящего договора до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), Медицинский работник обязан возвратить Министерству часть Выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду;

6) в случае неисполнения обязанности по возврату части Выплаты, предусмотренной подпунктом 5 настоящего пункта, в установленные сроки, Медицинский работник выплачивает Министерству неустойку (пени) в размере 1/300 действующей на день уплаты неустойки (пени) ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, начисляемой на часть единовременной компенсационной выплаты, предусмотренной подпунктом 5 настоящего пункта. Неустойка (пеня) начисляется за каждый день, начиная со дня, следующего за днем истечения тридцатидневного срока, предусмотренного подпунктом 7 настоящего пункта;

7) возврат части Выплаты производится Медицинским работником в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора путем перечисления суммы на лицевой счет Министерства, которое производит перечисление указанных средств в республиканский бюджет Республики Коми.

3.3. Медицинская организация обязуется:

1) уведомить Министерство о прекращении трудового договора с Медицинским работником до истечения пятилетнего срока, без учета нахождения в отпуске по уходу за ребенком, в течение 3 рабочих дней со дня прекращения трудового договора с указанием оснований его прекращения;

2) принимать все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных Медицинского работника при их обработке.

4. Срок действия договора

4.1. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

4.2. Подтверждением исполнения обязательств со стороны Министерства является платежное поручение о перечислении Выплаты на счет Медицинского работника, со стороны Медицинского работника справка от Медицинской организации о том, что Медицинский работник исполнил обязательства, указанные в пункте 3.2 настоящего договора.

5. Иные положения

5.1. За неисполнение (ненадлежащее) исполнение настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Положения, не урегулированные настоящим договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

5.3. Все споры разрешаются Сторонами путем переговоров, а в случае, если в разумные сроки переговоры не привели к урегулированию разногласий – в судебном порядке.

5.4. Настоящий договор заключен в трех экземплярах по одному для каждой из Сторон договора.

6. Адреса и реквизиты Сторон:

| Министерство здравоохранения Республики Коми: | Медицинская организация: | Медицинский работник: |
|---|---|---|
| 167610, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, д. 73 ИНН – 1101486491, КПП – 110101001 Министерство финансов Республики Коми (Министерство здравоохранения Республики Коми, Л8540106601-МЗдрв) р/с 40201810300000100048 Банк: Отделение – НБ Республики Коми г. Сыктывкар БИК 048702001 | | ФИО _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ Реквизиты документа, удостоверяющего личность: Паспорт _____ кем и когда выдан: _____ _____ _____ |
| Министр _____ подпись _____ Д.Б. Березин м.п. | Руководитель _____ подпись _____ Фамилия инициалы м.п. | _____ подпись _____ Фамилия инициалы |