



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

**П Р И К А З**

20 июля 2017

№ 254

г. Барнаул

О реализации указа Губернатора Алтайского края от 08.06.2017 № 70 «Об осуществлении в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в городах Горняке, Змеиногорске, Камне-на-Оби»

Во исполнение указа Губернатора Алтайского края от 08.06.2017 № 70 «Об осуществлении в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в городах Горняке, Змеиногорске, Камне-на-Оби» п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить прилагаемые:

форму заявления о предоставлении единовременной компенсационной выплаты;

форму заявки на получение из краевого бюджета денежных средств на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам;

состав комиссии для рассмотрения и утверждения списка кандидатов на получение единовременной компенсационной выплаты.

2. Главным врачам краевых медицинских организаций:

информировать медицинских работников о порядке осуществления в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в городах Горняке, Змеиногорске, Камне-на-Оби;

в случае прекращения трудового договора с медицинским работником в течение 3 рабочих дней письменно уведомлять об этом Минздрав Алтайского края.

3. Начальнику отдела по вопросам государственной службы и кадров (Коростелева Т.М.) обеспечить при принятии Минздравом Алтайского края решения о включении медицинского работника в список кандидатов на получение единовременной компенсационной выплаты в срок не более десяти рабочих дней со дня его принятия заключение с медицинским работником договора об осуществлении единовременных компенсационных выплат (приложение 1).

4. Начальнику отдела - главному бухгалтеру отдела бухгалтерского учета и отчетности (Тончило Т.Н.):

обеспечивать выплаты медицинским работникам в размере одного миллиона рублей в течение 30 рабочих дней со дня заключения договора, указанного в пункте 3 настоящего приказа;

в случае прекращения трудового договора медицинского работника с краевой государственной медицинской организацией до истечения пятилетнего срока производить расчет суммы возврата денежных средств пропорционально не отработанному медицинским работником периоду на основании уведомления главного врача и перечислять средства в краевой бюджет.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Гордеева К.В.

Министр



И.В. Долгова

## УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства  
здравоохранения Алтайского края  
от 20.08 2017 № 454

## ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Главе администрации  
муниципального образования

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ФИО)

от

\_\_\_\_\_

(ФИО, должность, наименование  
медицинской организации по уставу)

## заявление

Я, \_\_\_\_\_

(в случае изменения фамилии, указать прежнюю фамилию)

дата рождения \_\_\_\_\_;

(паспорт № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

дата выдачи \_\_\_\_\_);

сведения об образовании: диплом № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

дата выдачи \_\_\_\_\_;

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_;

телефон \_\_\_\_\_;

электронный адрес: \_\_\_\_\_;

должность \_\_\_\_\_;

дата заключения трудового договора \_\_\_\_\_;

прошу осуществить единовременную компенсационную выплату путем  
перечисления на счет \_\_\_\_\_,

(наименование кредитной организации)

номер счета \_\_\_\_\_.

Дата заполнения

подпись

К заявлению прилагаются заверенные копии:  
документа, удостоверяющего личность;  
трудового договора и трудовой книжки;  
диплома о высшем профессиональном образовании;  
документа об окончании интернатуры или клинической ординатуры и  
сертификата специалиста либо документа об аккредитации специалиста.

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства  
 здравоохранения Алтайского края  
 от 20.08 2017 № 237

## ФОРМА ЗАЯВКИ

на получение из краевого бюджета денежных средств на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, предусмотренные указом Губернатора Алтайского края от 08.06.2017 № 70 «Об осуществлении в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в городах Горняке, Змеиногорске, Камне-на-Оби»

на \_\_\_\_\_ 2017 года

муниципальное образование: \_\_\_\_\_

в сумме \_\_\_\_\_ тыс. рублей на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в количестве \_\_\_\_ чел. согласно сведениям:

№ п/п	Фамилия, инициалы медицинского работника	Дата, месяц, год рождения	Год окончания образовательной организации высшего профессионального образования	Наименование медицинской организации, с которой медицинским работником заключен трудовой договор	Наименование населенного пункта, в котором расположена медицинская организация, код ОКТМО	Дата заключения трудового договора с медицинской организацией	Дата заключения договора с администрацией муниципального образования

Глава администрации  
 муниципального образования

\_\_\_\_\_/ФИО

«\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

Исполнитель (телефон)

## УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства  
здравоохранения Алтайского края  
от 20.08 2017 № 254

## СОСТАВ

комиссии для рассмотрения и утверждения списка кандидатов на получение  
единовременной компенсационной выплаты

Гордеев Константин Васильевич	заместитель министра, председатель;
Белоцкая Наталья Ивановна	заместитель министра, заместитель председателя;
Касачева Ольга Викторовна	главный специалист отдела по вопросам государственной службы и кадров, секретарь комиссии;
Коростелева Тамара Михайловна	начальник отдела по вопросам государственной службы и кадров;
Подзорова Лариса Владимировна	начальник юридического отдела;
Тончило Татьяна Николаевна	начальник отдела - главный бухгалтер отдела бухгалтерского учета и отчетности.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к приказу Министерства  
здравоохранения Алтайского края  
от 20.06 2017 № 254

## ДОГОВОР

об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, прибывшим (переехавшим) в 2017 году на работу в города Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби

Министерство здравоохранения Алтайского края, именуемое в дальнейшем «Минздрав Алтайского края», в лице министра здравоохранения И.В. Долговой, действующего на основании Положения, и администрация

\_\_\_\_\_,  
(наименование муниципального образования)  
именуемая в дальнейшем «Администрация», в лице

действующего на основании \_\_\_\_\_

и \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

дата рождения \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный

\_\_\_\_\_,  
(кем, когда)  
зарегистрирован(а) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
именуемый(ая) в дальнейшем «Медицинский работник», вместе именуемые «Стороны», в соответствии с указом Губернатора Алтайского края от 08.06.2017 № 70 заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Медицинский работник обязуется в течение пяти лет осуществлять трудовую деятельность по основному месту на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным с

\_\_\_\_\_,  
(наименование государственной медицинской организации)  
в связи с чем Минздрав Алтайского края и Администрация обязуются предоставить ему единовременную компенсационную выплату в размере пятисот тысяч рублей каждый.

1.2 Право на получение выплаты предоставляется Медицинскому работнику один раз за весь период трудовой деятельности.

## 2. Обязанности Сторон

### 2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. осуществлять трудовую деятельность в течение пяти лет по основному месту на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным с

---

(наименование государственной медицинской организации)

2.1.2. в случае прекращения трудового договора с указанной организацией до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части 1 статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части 1 статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) незамедлительно уведомить об этом Минздрав Алтайского края и Администрацию и возратить в краевой и муниципальный бюджеты части единовременной компенсационной выплаты, размеры которых рассчитаны с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора.

2.2. Заключив настоящий Договор, Медицинский работник тем самым дает своё согласие на обработку его персональных данных в информационных системах Минздрава Алтайского края и Администрации.

### 2.3. Минздрав Алтайского края и Администрация обязуются:

2.3.1. в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего договора предоставить Медицинскому работнику единовременную компенсационную выплату в размере пятисот тысяч рублей каждый путем перечисления денежных средств на его лицевой счет по следующим реквизитам:

---

2.3.2. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Медицинского работника при их обработке.

2.4. Минздрав Алтайского края и Администрация вправе осуществлять контроль исполнения Медицинским работником условий настоящего договора.

## 3. Ответственность Сторон

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

3.2. В случае просрочки исполнения обязательства по возврату части единовременной компенсационной выплаты, предусмотренного подпунктом 2.1.2 настоящего Договора, Медицинский работник уплачивает проценты за

пользование чужими денежными средствами в соответствии со ст. 395 Гражданского кодекса Российской Федерации.

#### 4. Срок действия Договора

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения ими своих обязательств.

4.2. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

4.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

#### 5. Заключительные положения

5.1. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего Договора находится в Минздраве Алтайского края, второй - у Администрации, третий - у Медицинского работника.

5.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящим договором.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, чрезвычайных и непредотвратимых, не зависящих от воли сторон.

5.4. Все дополнительные соглашения сторон к настоящему Договору, подписываемые при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

5.5. Отношения Сторон, неурегулированные настоящим договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

#### 6. Подписи Сторон

Министр

Медицинский работник

И.В. Долгова / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО) (подпись)

Глава Администрации

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО) (подпись)