



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

08 февраля 2024

г. Барнаул

№ 60

О реализации государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае» в части обеспечения краевых медицинских организаций квалифицированными кадрами

В целях реализации государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае», утвержденной постановлением Правительства Алтайского края от 21.12.2023 № 502, в части обеспечения краевых медицинских организаций квалифицированными кадрами приказываю:

1. Утвердить Порядок предоставления, приостановления, возобновления, прекращения выплаты ежемесячной денежной компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам (приложение).

2. Признать утратившими силу приказы Министерства здравоохранения Алтайского края:

от 28.12.2020 № 695 «О реализации подпрограммы 3 «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении» государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае»;

от 11.02.2021 № 57 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Алтайского края от 28.12.2020 № 695».

3. Настоящий приказ вступает в силу с 01.01.2024.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

Д.В. Попов

ПРИЛОЖЕНИЕ

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства здравоохранения Алтайского края

от 09 февраля 2024 № 60

ПОРЯДОК

предоставления, приостановления, возобновления, прекращения выплаты ежемесячной денежной компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок предоставления, приостановления, возобновления, прекращения выплаты ежемесячной денежной компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам (далее – «Порядок») устанавливает процедуру предоставления, приостановления, возобновления, прекращения выплаты ежемесячной денежной компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам (далее – «компенсация»).

1.2. В целях настоящего Положения к членам семьи медицинского работника относятся проживающие совместно с ним в жилом помещении супруга (супруг), несовершеннолетние дети, дети старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет, дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме обучения, и родители медицинского работника.

2. Условия и порядок предоставления компенсации

2.1. Предоставление компенсации медицинским работникам медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Алтайского края (далее - «медицинская организация») осуществляется по решению Министерства здравоохранения Алтайского края (далее – «Министерство»).

2.2. Перечень должностей и медицинских организаций, осуществление трудовой деятельности в которых дает медицинскому работнику право на получение компенсации, утверждается Министерством ежегодно не позднее 1 октября текущего года исходя из потребности медицинских организаций в медицинских работниках (далее – «Перечень»).

2.3. Получателем компенсации признается медицинский работник при соблюдении одновременно следующих условий:

а) наличие трудового договора по основному месту работы не менее чем на 1 ставку в медицинской организации и в должности, включенными в

Перечень, на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников;

б) заключение договора найма жилого помещения жилищного фонда, расположенного в муниципальном образовании Алтайского края, на территории которого находится медицинская организация, а при осуществлении медицинским работником трудовой функции в другом территориально обособленном структурном подразделении медицинской организации - на территории муниципального образования Алтайского края, в границах которого находится указанное в трудовом договоре в качестве места работы другое территориально обособленное структурное подразделение медицинской организации (далее – «договор найма жилого помещения»);

в) медицинский работник, член его семьи не являются собственником жилого помещения, а также не имеют жилого помещения по договору социального найма, по договору найма жилых помещений жилищного фонда социального использования, договору найма специализированного жилого помещения в населенном пункте по месту основной работы медицинского работника в муниципальном образовании Алтайского края, на территории которого находится медицинская организация;

г) отсутствие неисполненных обязательств по договору о целевом обучении (за исключением обязательства по осуществлению трудовой деятельности в течение установленного договором о целевом обучении срока, которое исполняется медицинским работником на дату обращения за назначением денежных выплат) и/или договору о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек (далее - «информация об обязательствах»);

д) медицинский работник не находится на дату подачи документов в отпуске по беременности и родам, отпуске по уходу за ребенком;

е) медицинский работник либо член его семьи в течение трех лет, предшествующих дню подачи документов в целях получения компенсации, не совершал намеренных действий, повлекших ухудшение жилищных условий медицинского работника.

К намеренным действиям, повлекшим ухудшение жилищных условий медицинского работника, относятся действия медицинского работника или членов его семьи, связанные с отчуждением принадлежащих указанным лицам жилых помещений и не приобретением иного жилого помещения, обменом жилыми помещениями, расторжением договора социального найма, договора найма жилых помещений жилищного фонда социального

использования, договора найма специализированного жилого помещения, в том числе служебных жилых помещений, в населенном пункте по месту основной работы медицинского работника в муниципальном образовании Алтайского края, на территории которого находится медицинская организация.

2.4. В случае если совместно с медицинским работником проживает член семьи, который получает компенсацию или имеет право на ее получение, компенсация предоставляется одному из членов семьи.

2.5. Для получения ежемесячной денежной компенсации медицинский работник представляет в медицинскую организацию следующие документы:

а) заявление о предоставлении компенсации по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку (далее – «заявление»);

б) документ, удостоверяющий личность;

в) документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства;

г) сведения о членах семьи медицинского работника с копиями документов, подтверждающих родственные отношения медицинского работника и лиц, указанных им в качестве членов семьи (паспорт или документ, его заменяющий, свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака, решение суда о признании членом семьи гражданина, в случае наличия таких членов семьи);

д) согласие медицинского работника на обработку персональных данных по форме, согласно приложению 2 к настоящему Порядку;

е) копии документов (сведения) о наличии или отсутствии у получателя и (или) членов его семьи на территории муниципального образования Алтайского края, в котором расположена медицинская организация, права собственности на жилое помещение или жилого помещения, предоставленного по договору социального найма и договору найма специализированного жилого помещения, выданного органом местного самоуправления, осуществляющим права наймодателя в отношении муниципального жилищного фонда (указанные документы и сведения предоставляются по инициативе медицинского работника);

ж) копию договора найма жилого помещения;

з) справки с места работы членов семьи медицинского работника о том, что им не предоставляется компенсация.

Копии документов, указанных в настоящем пункте, не заверенные органом (организацией), выдавшим соответствующие документы, или нотариально, представляются с предъявлением оригиналов.

Копии документов, предоставленные с предъявлением оригинала, заверяются лицом, осуществляющим прием документов, и подписываются медицинским работником с отметкой о заверении.

Ответственность за полноту и достоверность предоставленных документов несет медицинский работник.

2.6. Медицинская организация регистрирует заявление с прилагаемыми к нему в соответствии с пунктом 2.5 настоящего Порядка документами в

день их подачи медицинским работником с присвоением входящего номера и указанием даты поступления.

Трудовой договор, информацию об исполнении обязательств медицинским работником, в том числе справку из образовательной организации, предоставляется медицинской организацией.

2.7. Медицинская организация в течение 2 рабочих дней с даты регистрации заявления направляет в Министерство заявление и документы, указанные в пункте 2.5 настоящего Порядка.

2.8. Министерство регистрирует документы, полученные от медицинской организации, в день их поступления.

Документы (сведения), указанные в подпункте «е» пункта 2.5 запрашиваются Министерством в органах, подведомственных им организациях, в распоряжении которых находятся указанные документы, в течение 3 рабочих дней со дня регистрации заявления, если заявитель не представил указанные документы самостоятельно.

2.9. Министерство принимает решение о предоставлении компенсации или об отказе в ее предоставлении, оформленное приказом и направляет медицинской организации почтовым отправлением либо нарочным копию данного решения в течение 20 рабочих дней с даты получения заявления и документов от медицинской организации.

2.10. Министерство отказывает медицинскому работнику в предоставлении компенсации при наличии одного из следующих оснований:
несоответствие предоставленных медицинским работником документов требованиям, установленным пунктом 2.5 Порядка или непредоставление (предоставление не в полном объеме) указанных документов;

недостоверность сведений, содержащихся в документах, предоставленных медицинским работником;

несоответствие медицинского работника требованиям, установленным пунктом 2.3 настоящего Порядка;

медицинский работник проживает с членом семьи, которому предоставлена компенсация.

2.11. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения от Министерства решения направляет получателю письменное уведомление о принятом решении способом, указанным в заявлении.

В случае принятия решения об отказе в предоставлении компенсации в уведомлении указываются основания отказа и порядок обжалования принятого решения.

3. Размер и срок предоставления компенсации

3.1. Компенсация предоставляется в размере фактически понесенных медицинским работником расходов на оплату найма жилого помещения в соответствии с условиями договора найма жилого помещения и документами, подтверждающими оплату найма жилого помещения в

соответствии с указанным договором, но не более 15 000 рублей в месяц для медицинских работников, проживающих в городах с населением свыше

50 тысяч человек, не более 10 000 рублей в месяц для медицинских работников, проживающих в городах с населением 50 тысяч человек и менее, не более 7 000 рублей в месяц для медицинских работников, проживающих в сельских населенных пунктах, рабочих поселках.

3.2. В случае принятия решения о предоставлении компенсации медицинский работник ежемесячно до 10 числа представляет в медицинскую организацию документы, подтверждающие оплату найма жилого помещения в истекшем месяце в соответствии с договором найма жилого помещения, в том числе: квитанцию, подтверждающую перечисление денежных средств на банковский счет наймодателя, либо расписку наймодателя о получении денежных средств в счет оплаты по договору найма жилого помещения, составленную в произвольной форме, с указанием даты и места составления расписки, информации о лицах, получающих и передающих денежные средства (фамилия, имя, отчество (при наличии), паспортные данные), суммы передаваемых денежных средств (цифрами и прописью) с ежемесячной расшифровкой, основания передачи денежных средств (далее – «документы, подтверждающие оплату»).

3.3. Компенсация предоставляется медицинскому работнику в отношении расходов, понесенных медицинским работником с месяца обращения со всеми документами, и выплачивается одновременно с выплатой заработной платы с отражением в отдельной ведомости.

4. Порядок приостановления и возобновления предоставления компенсации

4.1. Предоставление компенсации приостанавливается в случае непредоставления медицинским работником документов, подтверждающих оплату в срок, указанный в пункте 3.2 настоящего Порядка.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты окончания срока, указанного в пункте 3.2 настоящего Порядка направляет в Министерство письменное уведомление о непредоставлении медицинским работником в установленный срок документов, подтверждающих оплату.

Министерство в течение 5 рабочих дней с даты получения уведомления о непредоставлении медицинским работником в установленный срок документов, подтверждающих оплату, от медицинской организации принимает решение о приостановлении предоставления компенсации (в форме приказа), о чем направляет в медицинскую организацию в течение 3 рабочих дней с даты принятия такого решения письменное уведомление с указанием основания приостановления предоставления компенсации.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения решения Министерства о приостановлении предоставления компенсации уведомляет о данном решении медицинского работника.

Предоставление компенсации приостанавливается с начала месяца, за который медицинским работником не были предоставлены документы, подтверждающие оплату найма жилья.

4.2. Предоставление компенсации возобновляется после предоставления медицинским работником в медицинскую организацию документов, подтверждающих оплату, о чем медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты предоставления медицинским работником в медицинскую организацию указанных документов направляет письменное уведомление в Министерство.

Министерство в течение 5 рабочих дней с даты получения уведомления от медицинской организации о предоставлении медицинским работником документов, подтверждающих оплату, принимает решение о возобновлении предоставления компенсации (в форме приказа), о чем направляет в медицинскую организацию в течение 3 рабочих дней с даты принятия такого решения письменное уведомление о возобновлении предоставления компенсации.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения решения Министерства о возобновлении предоставления компенсации уведомляет о данном решении медицинского работника.

В случае принятия Министерством решения о возобновлении предоставления компенсации такая компенсация выплачивается за весь период, на который ее предоставление было приостановлено.

5. Основания прекращения предоставления компенсации и порядок возврата необоснованно полученных средств

5.1. Предоставление компенсации прекращается при наличии одного из следующих оснований:

а) расторжение (прекращение), изменение в части продолжительности рабочего времени трудового договора (контракта), заключенного медицинским работником с медицинской организацией;

б) приобретение медицинским работником и (или) членом его семьи жилого помещения в собственность либо предоставление медицинскому работнику и (или) члену его семьи жилого помещения, расположенного в населенном пункте по месту основной работы медицинского работника в муниципальном образовании Алтайского края, на территории которого находится медицинская организация, по договору социального найма или договору найма специализированного жилого помещения;

в) расторжение (прекращение) договора найма жилого помещения или окончание срока действия договора найма жилого помещения;

г) смерть медицинского работника, признание его в установленном порядке умершим или безвестно отсутствующим;

д) прекращение трудовой деятельности в должности, включенной в Перечень.

5.2. При возникновении обстоятельств, указанных в подпунктах «б» и «в» пункта 5.1 настоящего Порядка, медицинский работник обязан письменно уведомить об этом медицинскую организацию в течение 10 рабочих дней с даты возникновения указанных обстоятельств.

5.3. Средства компенсации, полученные медицинским работником после наступления одного из обстоятельств, указанных в пункте 5.1 настоящего Порядка, подлежат возврату путем перечисления их на расчетный счет медицинской организации в течение 60 календарных дней с даты наступления такого обстоятельства.

В случае невозврата необоснованно полученных средств компенсации в установленный настоящим пунктом срок указанные средства взыскиваются в судебном порядке.

5.4. Медицинская организация направляет письменное уведомление в Министерство о наступлении обстоятельств, являющихся основанием для прекращения предоставления компенсации в соответствии с настоящим Порядком:

в течение 5 рабочих дней с даты получения от медицинского работника уведомления, предусмотренного пунктом 5.2 настоящего Порядка, при возникновении обстоятельств, указанных в подпунктах «б» и «в» пункта

5.1 настоящего Порядка;

в течение 10 рабочих дней с даты наступления обстоятельств, указанных в подпунктах «а», «г», «д» пункта 5.1 настоящего Порядка.

5.5. Министерство в течение 5 рабочих дней с даты получения от медицинской организации уведомления, указанного в пункте 5.4 настоящего Порядка, принимает решение о прекращении предоставления компенсации (в форме приказа), о чем направляет в медицинскую организацию в течение 3 рабочих дней с даты принятия такого решения письменное уведомление с указанием основания прекращения предоставления компенсации.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения решения Министерства о прекращении предоставления компенсации уведомляет о данном решении медицинского работника.

6. Финансовое обеспечение расходов, связанных с осуществлением компенсации

6.1. Медицинская организация ежеквартально не позднее 25 числа месяца, предшествующего началу очередного квартала, представляет в Министерство заявку на финансовое обеспечение расходов, связанных с осуществлением медицинской организацией возмещения медицинским работникам компенсации. Ответственность за достоверность информации, предоставляемой в Министерство, о медицинских работниках, получающих компенсацию, несет медицинская организация.

6.2. Медицинская организация ежеквартально не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, представляет отчет о расходах,

связанных с осуществлением медицинской организацией возмещения медицинским работникам ежемесячной денежной компенсации.

6.3. Финансовое обеспечение расходов, связанных с предоставлением компенсации, осуществляется в соответствии со сводной бюджетной росписью бюджета Алтайского края в пределах лимитов бюджетных обязательств, доведенных Министерству на субсидии медицинским организациям в текущем финансовом году, в порядке, определенном действующим законодательством.

6.4. Контроль за целевым и эффективным использованием бюджетных средств осуществляется в соответствии с действующим законодательством.

Приложение 1
к Порядку предоставления, приостанов-
ления, возобновления, прекращения вы-
платы ежемесячной денежной компен-
сации расходов на оплату найма жилых
помещений медицинским работникам

Руководителю медицинской организации

(наименование медицинской организации)

от _____

(Ф.И.О. заявителя)

(должность, место работы)

Паспорт _____,

(серия, номер)

выдан _____

(кем, когда)

место жительства (регистрации):

телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении компенсации расходов на оплату найма жилых помещений

Прошу предоставить мне ежемесячную денежную компенсацию
расходов на оплату найма жилого помещения, расположенного по адресу:

Выплату компенсации прошу производить через (указать):
отделение федеральной почтовой связи:

(указать почтовый адрес)

российскую кредитную организацию:

(указать реквизиты счета)

Члены семьи (при наличии):

супруга

(супруг)

(Ф.И.О., дата рождения)

паспорт _____, выдан _____,

«__» _____ года,

дети:

(Ф.И.О., дата рождения)
паспорт (свидетельство о рождении) _____, выдан _____

«__» _____ года,

(Ф.И.О., дата рождения)
паспорт (свидетельство о рождении) _____, выдан _____

«__» _____ года,

родители гражданина:

(Ф.И.О., дата рождения)
паспорт _____, выдан _____

«__» _____ года,

(Ф.И.О., дата рождения)
паспорт _____, выдан _____

«__» _____ года,

родители супруга (супруги):

(Ф.И.О., дата рождения)
паспорт _____, выдан _____

«__» _____ года,

(Ф.И.О., дата рождения)
паспорт _____, выдан _____

«__» _____ года.

Совместно проживающие со мной члены семьи имеют (не имеют) право на получение компенсации расходов на оплату найма жилого помещения (нужное подчеркнуть).

Уведомление о принятом решении о предоставлении компенсации (отказе в предоставлении компенсации), а также о приостановлении, возобновлении и прекращении предоставления компенсации прошу направить (указать):

1) на бумажном носителе почтовым отправлением по адресу: _____

2) по электронной почте _____

С условиями выплаты компенсации, основаниями и порядком приостановления, возобновления предоставления компенсации, основаниями

и порядком прекращения предоставления компенсации в рамках Порядка ознакомлен и обязуюсь их соблюдать.

К заявлению прилагаю следующие документы:

- 1) _____;
- 2) _____;

_____	_____	_____
(дата)	(подпись)	(расшифровка подписи)

Приложение 2
к Порядку предоставления, приостанов-
ления, возобновления, прекращения вы-
платы ежемесячной денежной компен-
сации расходов на оплату найма жилых
помещений медицинским работникам

Согласие
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью (последнее - при наличии) гражданина)
место жительства (регистрации) _____

_____,
(вид и номер документа, удостоверяющего личность)
выдан _____ «__» _____ 20__ г.,
(кем и когда выдан документ, удостоверяющий личность)
в лице представителя (если гражданин действует через представителя)

_____,
(фамилия, имя, отчество полностью (последнее - при наличии)
представителя)
место жительства (регистрации) _____

_____,
(вид и номер документа, удостоверяющего личность)
выдан _____ «__» _____ 20__ г.,
(кем и когда выдан документ, удостоверяющий личность)

_____ (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего
полномочия
представителя)
в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006
№ 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие _____

_____ (наименование и адрес медицинской организации; Министерства здравоохранения
Алтайского края)
на обработку моих персональных данных, включая выполнение действий по
сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению
(обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию,
удалению, использованию моих персональных данных, необходимых для
внесения в информационные системы медицинской организации, передачи в
Министерство здравоохранения Алтайского края (а именно предоставление
доступа) в целях получения компенсации расходов на оплату найма жилого

помещения.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: документы, представленные мною.

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период предоставления выплаты ежемесячной денежной компенсации расходов на оплату найма жилых помещений.

Настоящее согласие может быть отозвано путем моего заявления, составленного в простой письменной форме.

_____	_____
(подпись)	(фамилия и инициалы)
«__» _____ 20__ г.	