



ПРАВИТЕЛЬСТВО КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

29.08.2017

г. Красноярск

№ 510-п

Об утверждении Порядка назначения, выплаты, приостановления, возобновления и прекращения предоставления компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам

В соответствии со статьей 103 Устава Красноярского края, статьей 6 Закона Красноярского края от 29.06.2017 № 3-802 «О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам» ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить Порядок назначения, выплаты, приостановления, возобновления и прекращения предоставления компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам согласно приложению.

2. Опубликовать постановление в газете «Наш Красноярский край» и на «Официальном интернет-портале правовой информации Красноярского края» (www.zakon.krskstate.ru).

3. Постановление вступает в силу через 10 дней со дня его официального опубликования.



Первый заместитель
Губернатора края –
председатель
Правительства края

В.П. Томенко

Приложение
к постановлению Правительства
Красноярского края
от 29.08.2017 № 510-п

Порядок назначения, выплаты, приостановления, возобновления и прекращения предоставления компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок назначения, выплаты, приостановления, возобновления и прекращения предоставления компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам (далее – Порядок) устанавливает процедуру назначения, выплаты, приостановления, возобновления и прекращения предоставления компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам, работающих в медицинских организациях, подведомственных органу исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения, в соответствии с Законом Красноярского края от 29.06.2017 № 3-802 «О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам» (далее – компенсация, медицинские работники).

2. Порядок назначения и выплаты компенсации

2.1. Назначение компенсации медицинским работникам осуществляется по решению органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения.

Выплата компенсации медицинским работникам осуществляется медицинскими организациями, включенными в перечень медицинских организаций, работа в которых дает гражданину право на получение компенсации, утвержденный органом исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения (далее – медицинские организации).

Финансовое обеспечение выплаты компенсации медицинским работникам осуществляется за счет средств субсидий на цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ), в соответствии с постановлением Правительства Красноярского края от 28.11.2011 № 375-п «Об утверждении Порядка определения объема и условий предоставления из краевого бюджета краевым государственным бюджетным и автономным учреждениям субсидий на цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ)».

2.2. Для получения компенсации медицинский работник, имеющий право на получение компенсации (далее – получатель), или его представитель представляет в медицинскую организацию заявление о предоставлении компенсации (далее – заявление) по форме согласно приложению № 1 к Порядку.

К заявлению прилагаются согласие на обработку персональных данных по форме согласно приложению № 2 к Порядку и документы, предусмотренные статьей 5 Закона Красноярского края от 29.06.2017 № 3-802 «О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам» (далее – документы, Закон края).

В случае представления заявления представителем получателя к заявлению дополнительно прикладывается доверенность на осуществление соответствующих действий от имени получателя.

2.3. Заявление и документы, указанные в пункте 2.2 Порядка, представляются лично получателем или его законным представителем на бумажном носителе либо направляются почтовым отправлением или направляются в виде электронного документа (пакета документов) с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

В случае представления заявления лично в медицинскую организацию представляются копии документов, заверенные организациями, выдавшими соответствующие документы, или нотариально. В случае если копии документов не заверены организациями, выдавшими их, или нотариально, получатель предъявляет в медицинскую организацию оригиналы указанных документов, которые после их сличения с копиями документов возвращаются получателю.

В случае направления заявления в медицинскую организацию посредством почтовой связи направляются копии документов, заверенные организациями, выдавшими соответствующие документы, или нотариально.

Заявление, представленное лично либо направленное посредством почтовой связи, медицинская организация регистрирует в журнале регистрации в день его поступления.

Заявление, направляемое в электронной форме, подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 25.08.2012 № 852 «Об утверждении Правил использования усиленной квалифицированной электронной подписи при обращении за получением государственных и муниципальных услуг и о внесении изменения в Правила разработки и утверждения административных регламентов предоставления государственных услуг».

В случае направления заявления в электронной форме медицинская организация в течение 1 рабочего дня, следующего за днем поступления заявления, проводит процедуру проверки действительности усиленной квалифицированной электронной подписи, с использованием которой подписано заявление (далее – проверка подписи).

В случае выявления по результатам проверки подписи несоблюдения условий признания действительности усиленной квалифицированной электронной подписи в течение 3 календарных дней со дня завершения проведения проверки подписи медицинская организация принимает решение об отказе в приеме к рассмотрению заявления и направляет получателю уведомление об этом в электронной форме с указанием пунктов статьи 11 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», которые послужили основанием для принятия указанного решения. Такое уведомление подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью медицинской организации и направляется по адресу электронной почты получателя либо в его личный кабинет в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» или на краевом портале государственных и муниципальных услуг. После получения уведомления получатель вправе обратиться повторно с заявлением, устранив нарушения, которые послужили основанием для отказа в приеме к рассмотрению заявления.

В случае если по результатам проверки подписи усиленная квалифицированная электронная подпись признана действительной, медицинская организация регистрирует заявление, направленное в электронной форме, в журнале регистрации в день окончания проведения проверки подписи.

2.4. Медицинская организация в течение 2 рабочих дней с даты регистрации заявления направляет в орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения заявление и документы, указанные в пункте 2.2 Порядка.

В случае если документы, предусмотренные статьей 5 Закона края, находятся в распоряжении государственных органов, органов местного самоуправления либо подведомственных государственным органам или органам местного самоуправления организаций, участвующих в предоставлении государственных и муниципальных услуг, и не были представлены получателем в медицинскую организацию по собственной инициативе, орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения запрашивает посредством межведомственных запросов документы (сведения, содержащиеся в документах) в соответствующих органах и организациях, за исключением случаев, когда такие документы включены в перечень документов, определенный частью 6 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

2.5. Орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения принимает решение о назначении компенсации или об отказе в ее назначении в форме приказа и направляет медицинской организации почтовым отправлением либо нарочным копию принятого решения в течение 20 рабочих дней с даты получения заявления и документов от медицинской организации.

2.6. Основаниями для отказа в назначении компенсации являются:

отсутствие у получателя права на предоставление компенсации;
непредставление (неполное представление) документов, указанных в статье 5 Закона края;
недостоверность сведений, содержащихся в заявлении и (или) документах, представленных получателем.

2.7. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения от органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения направляет получателю письменное уведомление о принятом решении способом, указанным в заявлении.

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

2.8. Компенсация получателю назначается начиная с 1-го числа месяца, следующего за месяцем принятия решения о назначении компенсации, и выплачивается получателю ежеквартально.

2.9. В случае принятия органом исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о назначении компенсации получатель ежеквартально до 25-го числа месяца, следующего за истекшим кварталом, представляет в медицинскую организацию документы, подтверждающие оплату найма жилого помещения в истекшем квартале в соответствии с договором найма жилого помещения (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, паспортные данные), суммы передаваемых денежных средств (цифрами и прописью) с помесечной расшифровкой, основания передачи денежных средств) (далее – документы, подтверждающие оплату найма жилого помещения) на бумажном носителе лично либо путем направления по почте или в форме электронного документа.

Документы, подтверждающие оплату найма жилого помещения, направляемые в электронной форме, подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 25.08.2012 № 852 «Об утверждении Правил использования усиленной квалифицированной электронной подписи при обращении за получением государственных и муниципальных услуг и о внесении изменения в Правила разработки и утверждения административных регламентов предоставления государственных услуг».

Проверка подписи проводится медицинской организацией в порядке и сроки, предусмотренные в пункте 2.3 Порядка.

В случае если по результатам проверки подписи усиленная квалифицированная электронная подпись признана действительной, медицинская организация принимает к рассмотрению документы,

подтверждающие оплату найма жилого помещения, направленные в электронной форме.

2.10. Медицинская организация в течение 30 рабочих дней с даты получения документов, указанных в пункте 2.9 Порядка, осуществляет выплату компенсации получателю способом, указанным в заявлении.

3. Порядок приостановления и возобновления предоставления компенсации

3.1. Предоставление получателю компенсации приостанавливается в случае непредставления получателем документов, указанных в пункте 2.9 Порядка, в установленный в нем срок.

3.2. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты окончания срока, установленного пунктом 2.9 Порядка, направляет в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения письменное уведомление о непредставлении получателем документов, указанных в пункте 2.9 Порядка, в установленный срок почтовым отправлением либо нарочным.

3.3. Орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения в течение 5 рабочих дней со дня поступления уведомления от медицинской организации принимает решение о приостановлении предоставления компенсации в форме приказа и направляет медицинской организации почтовым отправлением либо нарочным копию принятого решения.

3.4. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения от органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о приостановлении предоставления компенсации направляет получателю письменное уведомление с указанием основания приостановления предоставления компенсации способом, указанным в заявлении.

3.5. Предоставление компенсации приостанавливается с начала истекшего квартала и ее выплата не осуществляется.

3.6. Предоставление компенсации возобновляется после представления получателем документов, указанных в пункте 2.9 Порядка.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты представления получателем документов, указанных в пункте 2.9 Порядка, направляет в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения письменное уведомление о получении указанных документов почтовым отправлением либо нарочным.

Орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения в течение 5 рабочих дней с даты поступления такого уведомления принимает решение о возобновлении предоставления компенсации в форме приказа и направляет медицинской организации почтовым отправлением либо нарочным копию принятого решения.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения от органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о возобновлении предоставления компенсации направляет получателю письменное уведомление о возобновлении предоставления компенсации способом, указанным в заявлении.

3.7. В случае принятия органом исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о возобновлении предоставления компенсации, компенсация выплачивается за весь период, на который ее предоставление было приостановлено.

4. Порядок прекращения предоставления компенсации

4.1. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты наступления одного из случаев, являющихся основаниями прекращения предоставления компенсации в соответствии со статьей 7 Закона края, направляет письменное уведомление об этом в орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения почтовым отправлением либо нарочным.

4.2. Орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения в течение 5 рабочих дней с даты получения уведомления от медицинской организации принимает решение о прекращении предоставления компенсации в форме приказа и направляет медицинской организации почтовым отправлением либо нарочным копию принятого решения.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения от органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о прекращении предоставления компенсации направляет получателю письменное уведомление с указанием основания прекращения предоставления компенсации и порядка обжалования принятого решения способом, указанным в заявлении.

4.3. Предоставление компенсации прекращается с даты наступления одного из случаев, являющихся основаниями прекращения предоставления компенсации.

Приложение № 1
к Порядку назначения, выплаты,
приостановления, возобновления
и прекращения предоставления
компенсации расходов на оплату
найма жилых помещений
медицинским работникам

Руководителю медицинской
организации

_____ (наименование медицинской организации)
от _____

_____ (ФИО заявителя)

_____ (должность, место работы)

Паспорт _____,
(серия, номер)

выданный _____
(кем, когда)

_____ место жительства (регистрации):

_____ телефон: _____

Заявление
о предоставлении компенсации расходов
на оплату найма жилых помещений

В соответствии с Законом Красноярского края от 29.06.2017 № 3-802 «О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам» (далее – Закон края) прошу предоставить мне компенсацию расходов на оплату найма жилого помещения (далее – компенсация), 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) _____,
(ФИО, дата рождения)

паспорт _____, выданный _____
«__» _____ года,

дети:

_____,
(ФИО, дата рождения)

паспорт (свидетельство о рождении) _____, выданный _____
«__» _____ года,

_____,
(ФИО, дата рождения)

паспорт (свидетельство о рождении) _____, выданный _____
«__» _____ года,

родители гражданина:

_____,
(ФИО, дата рождения)

паспорт _____, выданный _____
«__» _____ года,

_____,
(ФИО, дата рождения)

паспорт _____, выданный _____
«__» _____ года,

родители супруга (супруги):

_____,
(ФИО, дата рождения)

паспорт _____, выданный _____
«__» _____ года,

_____,
(ФИО, дата рождения)

паспорт _____, выданный _____
«__» _____ года.

В соответствии с Законом края супруг (супруга) имеет (не имеет) право на получение компенсации.

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, порядком назначения и выплаты компенсации, основаниями и порядком приостановления, возобновления предоставления компенсации, основаниями и порядком прекращения предоставления компенсации в рамках Закона края ознакомлен и обязуюсь их соблюдать.

К заявлению прилагаю следующие документы:

- 1) _____;
- 2) _____;
- n) _____

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение № 2
к Порядку назначения, выплаты,
приостановления, возобновления
и прекращения предоставления
компенсации 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 Красноярского края)
на обработку моих персональных данных и членов моей семьи, 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 Красноярского края
в целях получения компенсации расходов на оплату найма жилого помещения.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: документы, представленные мною и членами моей семьи в соответствии с Законом Красноярского края от 29.06.2017 № 3-802 «О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам».

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

(подпись)

(фамилия и инициалы)

«__» _____ 20__ г.