



ПРАВИТЕЛЬСТВО КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПРИКАЗ

от 10 сентября 2019 года № 901  
г. Курган

### Об утверждении форм заявлений о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам

В целях реализации постановления Правительства Курганской области от 14 октября 2013 года № 508 «О государственной программе Курганской области «Развитие здравоохранения», приказа Департамента здравоохранения Курганской области от 1 февраля 2019 года № 107 «Об утверждении перечня вакантных должностей медицинских работников в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Курганской области, и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты в 2019 году (программный реестр должностей)» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) форму заявления о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в размере 1 000 000 (один миллион) рублей согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) форму заявления о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в размере 500 000 (пятьсот) тысяч рублей согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Опубликовать настоящий приказ в установленном порядке.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор Департамента  
здравоохранения Курганской области



Л.И. Кокорина

Приложение 1 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от «10» сентября 2019 года № 901  
 «Об утверждении форм заявлений о  
 предоставлении единовременной  
 компенсационной выплаты  
 медицинским работникам»

Директору Департамента здравоохранения  
 Курганской области

от \_\_\_\_\_  
 (наименование должности)

\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество)

СНИЛС \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату в размере 1 000 000 (одного) миллиона рублей с перечислением денежных средств на лицевой счет № \_\_\_\_\_ в кредитной организации: полное наименование кредитной организации \_\_\_\_\_

место нахождения кредитной организации (адрес) \_\_\_\_\_

расчетный счет кредитной организации \_\_\_\_\_

кор.счет кредитной организации \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_

ИНН кредитной организации \_\_\_\_\_ КПП кредитной организации \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю:

- 1) копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность медицинского работника;
- 2) копию документов, подтверждающих наличие высшего медицинского образования;
- 3) копию действующего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста\*;
- 4) копию трудовой книжки\*\*;
- 5) копию трудового договора;
- 6) документ, подтверждающий отсутствие у медицинского работника не исполненных обязательств по договору о целевом обучении, выданный органом или организацией, заключившими договор о целевом обучении с заявителем (**предоставляется медицинским работником, заключившим договор о целевом обучении, за исключением случаев, если стороной по договору о целевом обучении является Департамент здравоохранения Курганской области, а также случаев заключения трудового договора с медицинской организацией с укомплектованностью менее 60 процентов**);
- 7) согласие на обработку персональных данных.

Подписанный экземпляр Договора **прошу выдать на руки / направить почтовым**

**отправлением** (нужное подчеркнуть) по адресу:

---

Ранее единовременную компенсационную выплату **не получал(а)/получал(а)** (нужное подчеркнуть).

Полноту и достоверность информации, предоставленной в Департамент здравоохранения Курганской области, для получения единовременной компенсационной выплаты **подтверждаю**\*\*\*.

\_\_\_\_\_  
(Личная подпись)

Сотовый телефон \_\_\_\_\_

\* В случае предоставления копий документов, не заверенных в установленном законодательством порядке, предоставляются их оригиналы.

\*\* При смене фамилии (имени, отчества) необходимо прилагать копию свидетельства о заключении брака (смене фамилии, имени, отчества).

\*\*\* Медицинский работник несет ответственность за полноту и достоверность информации, представленной в Департамент здравоохранения Курганской области, для получения единовременной компенсационной выплаты.

Входящий № \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

Приложение 2 к приказу  
 Департамента здравоохранения  
 Курганской области  
 от «10» сентября 2019 года № 901  
 «Об утверждении форм заявлений о  
 предоставлении единовременной  
 компенсационной выплаты  
 медицинским работникам»

Директору Департамента здравоохранения  
 Курганской области

от \_\_\_\_\_  
 (наименование должности)

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (Фамилия Имя Отчество)

СНИЛС \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату в размере 500 000 (пятьсот тысяч) рублей с перечислением денежных средств на лицевой счет № \_\_\_\_\_ в кредитной организации: полное наименование кредитной организации \_\_\_\_\_

место нахождения кредитной организации (адрес) \_\_\_\_\_

расчетный счет кредитной организации \_\_\_\_\_

кор.счет кредитной организации \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_

ИНН кредитной организации \_\_\_\_\_ КПП кредитной организации \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю:

- 1) копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность медицинского работника;
- 2) копию документов, подтверждающих наличие среднего медицинского образования;
- 3) копию действующего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста\*;
- 4) копию трудовой книжки\*\*;
- 5) копию трудового договора;
- 6) согласие на обработку персональных данных.

Подписанный экземпляр Договора **прошу выдать на руки / направить почтовым**

**отправлением** (нужное подчеркнуть) по адресу:

Ранее единовременную компенсационную выплату **не получал(а)/получал(а)** (нужное подчеркнуть).

Полноту и достоверность информации, предоставленной в Департамент здравоохранения Курганской области, для получения единовременной компенсационной выплаты подтверждаю\*\*\*.

\_\_\_\_\_  
(Личная подпись)

Сотовый телефон \_\_\_\_\_

*\* В случае предоставления копий документов, не заверенных в установленном законодательством порядке, предоставляются их оригиналы.*

*\*\* При смене фамилии (имени, отчества) необходимо прилагать копию свидетельства о заключении брака (смене фамилии, имени, отчества).*

*\*\*\* Медицинский работник несет ответственность за полноту и достоверность информации, представленной в Департамент здравоохранения Курганской области, для получения единовременной компенсационной выплаты.*

Входящий № \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год