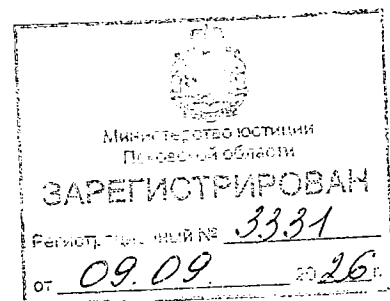




МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 08 09 2026 № 773
г.Псков

Об утверждении форм документов в целях реализации постановления Администрации Псковской области от 03 августа 2018 г. №257 «О порядке предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов 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 города с населением до 50 тысяч человек»

На основании постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», Постановления Администрации Псковской области от 03 августа 2018 г. №257 «О порядке предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов

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 города с населением до 50 тысяч человек»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. форму заявления о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам согласно приложению 1 к настоящему приказу;

1.2. форму договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам согласно приложению 2 к настоящему приказу;

1.3. форму дополнительного соглашения к договору о предоставлении единовременной компенсационной выплаты на период неисполнения медицинским работником трудовой функции в полном объеме согласно приложению 3 к настоящему приказу;

1.4. форму уведомления о возврате единовременной компенсационной выплаты медицинским работником согласно приложению 4 к настоящему приказу;

1.5. форму дополнительного соглашения к договору о предоставлении единовременной компенсационной выплаты, предусматривающего продолжение исполнения медицинским работником принятых на себя обязательств по новому месту работы согласно приложению 5 к настоящему приказу;

2. Директору ГКУЗ ПО «Медицинский информационно-аналитический центр» А.В.Савину разместить настоящий приказ на сайте Министерства здравоохранения Псковской области.

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра И.С.Жаворонкову.

Министр

Иванова Екатерина Александровна (8112) 299899 (115)



М.В.Гаращенко

Приложение 1
к приказу Министерства здравоохранения
Псковской области
от 08.09.2026 № 773

Министру
здравоохранения Псковской области

от _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ (число, месяц, год рождения)

_____ (вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер)
выдан _____ дата _____

_____ (наименование органа, вылавшего документ)

Почтовый адрес: _____

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату в размере _____ рублей (сумма прописью).

Трудовой договор (номер, дата) заключен между мной и _____ (наименование
медицинской организации) на неопределенный срок по должности _____.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ (подпись) _____ (ФИО)

Я, _____ своей волей и в своих интересах выражаю согласие на обработку моих персональных данных Министерством здравоохранения Псковской области в целях предоставления мне единовременной компенсационной выплаты, включая выполнение действий по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных, указанных в заявлении и в договоре.

Подтверждаю, что ранее не заключал(а) договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Реквизиты счета, открытого мною в кредитной организации:

Наименование банка

ИНН банка

Расчетный счет банка

Корреспондентский счет банка

БИК банка

Счет получателя

Домашний адрес, телефон: _____

_____ (личная подпись) « _____ » _____ 20 _____

ДОГОВОР № _____
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

от « _____ » _____ 20__

г. Псков

Министерство здравоохранения Псковской области в лице министра _____, действующего на основании Положения о Министерстве, утвержденного постановлением Правительства Псковской области от 24.06.2025 № 238, именуемое в дальнейшем «Министерство»,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Псковской области « _____ », именуемое в дальнейшем

(наименование медицинской организации полностью)

«Учреждение», в лице главного врача _____, действующего на основании
(ФИО полностью)

Устава, и гражданин(ка) _____, дата рождения _____, место рождения
(ФИО полностью)

_____, паспорт _____ выдан _____, дата _____,

зарегистрированный(ая) по адресу: _____; ИНН _____, СНИЛС _____, имеющий(ая) профессиональное образование: диплом _____, выданный _____ (дата) и заключивший(ая) с Учреждением трудовой договор от _____ № _____ по должности _____ (далее - Трудовой договор), осуществляющий(ая) трудовую функцию в « _____ », именуемый(ая) в дальнейшем

(наименование медицинской организации полностью)

«Медицинский работник», совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о следующем:

1. Предметом настоящего договора являются правоотношения по предоставлению Медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты за счет средств субсидии из федерального бюджета Российской Федерации на реализацию отдельных мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения» и средств областного бюджета, заключившему трудовой договор с Учреждением, подведомственным Министерству, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в утвержденный Министерством перечень вакантных должностей медицинских работников области в медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении которых предоставляются единовременные компенсационные выплаты на очередной финансовый год, в размере _____ (далее - договор и выплата).

2. Медицинский работник обязуется:

2.1. Исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты на должности в соответствии

с трудовым договором при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

Исчисление пятилетнего срока работы Медицинского работника в Учреждении начинается с даты заключения настоящего договора.

В пятилетний срок работы, на который Медицинский работник принял на себя обязательство отработать в Учреждении, не включается период нахождения Медицинского работника в отпуске по уходу за ребенком, либо иной период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

2.2. В случае прекращения трудового договора с Учреждением до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации, а также случаев, предусмотренных подпунктом 2.4 пункта 2 настоящего договора) либо изменения условий исполнения трудовых обязанностей на условиях полного рабочего дня (не менее одной ставки) с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, либо перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам до истечения пятилетнего срока возратить в доход областного бюджета часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду в течение 60 календарных дней со дня прекращения или изменения трудового договора.

2.3. Возратить в доход областного бюджета часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду в течение 60 календарных дней со дня прекращения трудового договора, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника), заключив дополнительное соглашение в день увольнения в связи с призывом на военную службу.

2.4. В случае однократного изменения по согласованию с Министерством места работы заключается дополнительное соглашение к настоящему договору, предусматривающее продолжение исполнения принятых на себя обязательств по новому месту работы.

2.5. Сообщать Учреждению и Министерству об изменении персональных данных и указанных в настоящем договоре адресе места жительства, реквизитов своего банковского счета.

3. Учреждение обязуется:

3.1. Проверять наличие, полноту и достоверность документов, представленных для получения выплаты.

3.2. Осуществлять контроль за соблюдением Медицинским работником установленных настоящим договором условий.

3.3. В случае увольнения Медицинского работника до истечения установленного пятилетнего срока работы, вручить ему под роспись уведомление о необходимости возврата части выплаты в течение рабочего дня, когда было принято заявление об увольнении, (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса

Российской Федерации, а также случаев, предусмотренных подпунктом 2.4 пункта 2 настоящего договора), рассчитанной с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному Медицинским работником периоду с указанием сроков возврата части выплаты и реквизитов Министерства для возврата части выплаты в бюджет области (далее - Уведомление).

3.4. В течение трех рабочих дней с момента принятия заявления об увольнении от Медицинского работника или изменений условий трудового договора проинформировать Министерство о прекращении трудового договора с Медицинским работником до истечения установленного пятилетнего срока работы, изменений условий договора, а также представить в Министерство заверенные копии документов о расторжении трудового договора с Медицинским работником, освобождении его от должности, а также копию врученного Медицинскому работнику Уведомления о необходимости возврата части выплаты.

4. Министерство обязуется:

4.1. Предоставить выплату Медицинскому работнику в размере, указанном в пункте 1 настоящего договора, путем перечисления указанной суммы на расчетный счет Медицинского работника в течение 90 рабочих дней со дня заключения настоящего договора:

4.2. Осуществлять контроль за соблюдением Медицинским работником и Учреждением условий договора.

5. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых обязательств.

6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством и настоящим Договором.

При неисполнении медицинским работником обязанности по возврату денежных средств в соответствии с пп. 2.2, 2.3 настоящего договора, денежные средства взыскиваются Министерством в судебном порядке.

Споры между сторонами решаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Уведомления и иные юридически значимые сообщения могут направляться Сторонами через информационно-телекоммуникационную сеть, в том числе по адресу электронной почты, в социальных сетях и мессенджерах. Скан-копии документов, включая изменения и дополнения к настоящему договору, переданные другой Стороне посредством таких способов связи, признаются действительными, имеют юридическую силу и порождают последствия, предусмотренные такими документами. Сообщение считается переданным надлежащим образом и полученным адресатом в дату, зафиксированную в отчете о передаче сообщения.

8. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, не зависящих от воли Сторон.

9. Все дополнительные соглашения Сторон к договору, подписываемые при исполнении договора, являются его неотъемлемой частью.

10. Договор составлен в четырех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон трудового договора и два договора для Министерства.

11. Отношения Сторон, не урегулированные договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Министерство здравоохранения Псковской области 180001, г. Псков, ул. Некрасова д. 23 Министр _____ Ф.И.О. (подпись) М.П.	Медицинский работник (паспортные данные) _____ Ф.И.О. (подпись)	Учреждение (наименование), реквизиты Главный врач _____ Ф.И.О. (подпись) М.П.
---	---	---

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору о предоставлении
единовременной компенсационной выплаты
№ _____ от « ____ » _____ 20 ____

от « ____ » _____ 20 ____ г.

г. Псков

Министерство здравоохранения Псковской области в лице министра _____, действующего на основании Положения о Министерстве, утвержденного постановлением Правительства Псковской области от 24.06.2025 № 238, именуемое в дальнейшем «Министерство», с одной стороны, гражданин (гражданка) _____, именуемый (именуемая) в дальнейшем «Медицинский работник», со второй стороны и _____, именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с третьей стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем.

1. В соответствии с подпунктом 2.1 пункта 2 Договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты № _____ от « ____ » _____ 20 ____ (далее - Договор), в связи с _____ срок действия Договора продлевается на период неисполнения медицинским работником трудовой функции в полном объеме, то есть до прекращения обстоятельств, повлекших невозможность исполнения трудовой функции в полном объеме.

2. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу со дня его подписания.

3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Министерство здравоохранения Псковской области 180001, г. Псков, ул. Некрасова д. 23 Министр _____ Ф.И.О. (подпись) М.П.	Медицинский работник (паспортные данные) _____ Ф.И.О. (подпись)	Учреждение (наименование), реквизиты Главный врач _____ Ф.И.О. (подпись) М.П.
--	--	--

УВЕДОМЛЕНИЕ
о возврате единовременной компенсационной выплаты

Уважаемый (Уважаемая) _____!

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», постановлением Администрации Псковской области от 03 августа 2018 г. № 257 «О порядке предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов 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 города с населением до 50 тысяч человек» (далее - Положение), пунктом 2 договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты,

_____ (наименование медицинской организации)
уведомляет Вас об обязанности вернуть в областной бюджет единовременную компенсационную выплату в размере _____ (сумма прописью) в течение 60 календарных дней со дня прекращения трудового договора (расчет прилагается).

В соответствии с пунктом 3 Положения сумма возврата единовременной компенсационной выплаты рассчитана пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения (изменения) трудового договора до истечения пятилетнего срока, в том числе периода неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

Банковские реквизиты для возврата денежных средств:

ИНН _____/КПП _____/КБК _____

Наименование банка

БИК _____

к/с _____

р/с _____

ОКТМО _____

ОГРН _____

(главный врач) (подпись) (Ф.И.О.) (дата)

М.П.
Уведомление получено

(медицинский работник) (подпись) (Ф.И.О.) (дата)

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору о предоставлении
единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам

от «___» _____ 20__ № _____

от «___» _____ 20__ г.

г. Псков

Министерство здравоохранения Псковской области в лице министра _____, действующего на основании Положения о Министерстве, утвержденного постановлением Правительства Псковской области от 24.06.2025 № 238, именуемое в дальнейшем «Министерство», с одной стороны, гражданин (гражданка) _____, именуемый (именуемая) в дальнейшем «Медицинский работник», со второй стороны, _____, именуемое в дальнейшем «Учреждение 1», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с третьей стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Учреждение 2», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с четвертой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем.

1. В соответствии с подпунктом «г» п. 8 Правил предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов 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 тысяч человек, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640, подпунктом 4 пункта 7.1 Положения о порядке предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов 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 города с населением до 50 тысяч человек, утвержденного постановлением Администрации Псковской области от 03 августа 2018 г. № 257, на основании согласованного Министерством заявления Медицинского работника об изменении места работы с сохранением ранее полученной единовременной компенсационной выплаты (далее - выплата), Медицинский работник продолжит исполнение принятых на себя обязательств по новому месту работы в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Псковской области

_____ (наименование учреждения здравоохранения по новому месту работы - Учреждение 2)
на должности _____.

Трудовой договор от _____ № _____ по должности _____
с государственным бюджетным учреждением здравоохранения Псковской области

(наименование учреждения здравоохранения, в котором работал медицинский работник - Учреждение 1)
прекращен по инициативе Медицинского работника до истечения пятилетнего срока работы
со дня заключения договора о предоставлении выплаты на должности в соответствии
с трудовым договором.

Условия, при которых Медицинскому работнику допускается однократное изменение
места работы с сохранением ранее полученной им выплаты, соблюдены.

2. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу со дня его подписания
и действует до исполнения Медицинским работником обязательств по договору
о предоставлении выплаты с выполнением трудовой функции по новому месту работы.

3. Настоящее дополнительное соглашение составлено в четырех экземплярах,
имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Министерство здравоохранения Псковской области 180001, г. Псков, ул. Некрасова д. 23 Министр _____ Ф.И.О. (подпись) М.П.	Медицинский работник (паспортные данные) _____ Ф.И.О. (подпись)
Наименование Учреждения 1, реквизиты Главный врач _____ Ф.И.О. (подпись) М.П.	Наименование Учреждения 2, реквизиты Главный врач _____ Ф.И.О. (подпись) М.П.