



# ПРАВИТЕЛЬСТВО САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 06 ноября 2024 г. № 396

г. Южно-Сахалинск

**О внесении изменений в постановление Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления»**

Правительство Сахалинской области **постановляет:**

1. Утвердить изменения, вносимые в Положение о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденное постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления» с учетом изменений, внесенных постановлениями Правительства Сахалинской области от 02.06.2014 № 259, от 25.09.2015 № 399, от 29.07.2016 № 371, от 05.06.2017 № 249, от 24.05.2019 № 221, от 23.12.2019 № 608, от 27.10.2021 № 440, от 16.12.2021 № 543, от 11.04.2022 № 151, от 01.09.2022 № 391, от 30.10.2023 № 547, от 28.06.2024 № 214 (далее - Положение), согласно приложению № 1 к настоящему постановлению.

2. Внести изменения в формы № 1, 2 к Положению, изложив их в новой редакции согласно приложениям № 2, 3 к настоящему постановлению

соответственно.

3. Дополнить Положение формами № 3, 4 согласно приложениям № 4, 5 к настоящему постановлению соответственно.

4. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

5. Положения подпункта 2.6 пункта 2, подпунктов 3.18 – 3.39 пункта 3 Положения, формы № 3, 4 к Положению действуют по 31 декабря 2025 года.

6. Опубликовать настоящее постановление в газете «Губернские ведомости», на официальном сайте Губернатора и Правительства Сахалинской области, на «Официальном интернет-портале правовой информации» ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)).

Председатель Правительства  
Сахалинской области



А.В.Белик

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к постановлению Правительства  
Сахалинской области

от 06 ноября 2024 г. № 396

**ИЗМЕНЕНИЯ,**

**вносимые в Положение о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденное постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления»**

1. Пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Настоящее Положение разработано в целях улучшения кадровой ситуации в отрасли здравоохранения Сахалинской области и регулирует порядок и условия предоставления предусмотренных им дополнительных социальных гарантий студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников.

Финансирование предоставления дополнительных социальных гарантий студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников осуществляется за счет и в пределах средств, предусмотренных в областном бюджете Сахалинской области на реализацию мероприятий государственной программы Сахалинской области «Развитие здравоохранения в Сахалинской области», утвержденной постановлением Правительства Сахалинской области от 30.06.2023 № 345 «Об утверждении государственной программы Сахалинской области «Развитие здравоохранения в Сахалинской области»».

2. В пункте 2:

2.1. В подпункте 2.4 слова «руководителей учреждений» заменить

словами «руководителей, заместителей руководителей учреждений».

2.2. Дополнить подпунктом 2.6 следующего содержания:

«2.6. Врачам, прибывшим в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации и занимающим на условиях полного рабочего дня должность специалиста с высшим медицинским образованием (врач) по основному месту работы в негосударственной медицинской организации, расположенной на территории Сахалинской области и осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области, участвующим в оказании услуг в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области, заключившим с Министерством договор о кадровом обеспечении в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области (далее соответственно – Врач ОМС, договор о кадровом обеспечении ОМС):

а) компенсация расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений (далее - КРНОМС);

б) компенсация расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) (далее - КРИОМС).».

3. В пункте 3:

3.1. Абзац 3 изложить в следующей редакции:

«Договор о целевом обучении заключается в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 27.04.2024 № 555 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования».».

3.2. Подпункт 3.5 изложить в следующей редакции:

«3.5. Договор о кадровом обеспечении заключается Министерством с лицами, указанными в подпункте 2.4 пункта 2 настоящего Положения, по форме, утверждаемой Министерством, при:

1) соответствии одному из следующих условий:

- прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 01 января 2014 года и не заключал договор о кадровом

обеспечении с Министерством;

- заключал договор о целевом обучении с Министерством и (или) государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области и трудоустроен после окончания медицинской образовательной организации высшего образования в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в соответствии с договором о целевом обучении или иное государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области по согласованию с Министерством;

- специалист с высшим медицинским образованием впервые трудоустроен после 01 января 2019 года в качестве преподавателя (по основному месту работы) в государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Сахалинский базовый медицинский колледж»;

- прибыл для работы в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области в качестве руководителя, заместителя руководителя учреждения;

- прибыл на территорию Курильских островов после 01 января 2014 года для работы в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области в качестве среднего медицинского персонала;

2) наличии трудового договора с подведомственным Министерству учреждением (либо с Министерством - для лица, прибывшего для работы в качестве руководителя учреждения) по основному месту работы на условиях полного рабочего дня;

3) наличии ходатайства работодателя о заключении договора о кадровом обеспечении (далее – ходатайство ДОК) (для лица, прибывшего для работы в качестве руководителя учреждения, - не требуется).

Повторное заключение договора о кадровом обеспечении не допускается.

3.5.1. Для заключения договора о кадровом обеспечении лица, указанные в подпункте 2.4 пункта 2 настоящего Положения (за исключением лиц, прибывших для работы в качестве руководителя учреждения),

обращаются к работодателю с заявлением о направлении ходатайства ДОК в адрес Министерства по форме, утверждаемой Министерством, с указанием в нем способа уведомления о принятом Министерством решении (на адрес электронной почты; почтовым отправлением; путем вручения в Министерстве лично).

3.5.2. Для принятия решения о заключении договора о кадровом обеспечении работодатель направляет в Министерство с сопроводительным письмом ходатайство ДОК по форме, утверждаемой Министерством, с приложением следующих документов:

- копии паспорта заявителя;
- копии трудового договора по основному месту работы заявителя;
- копии документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика (заявителя);
- копии документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (заявителя);
- копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности заявителя, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

В сопроводительном письме указывается перечень прилагаемых к нему документов.

Все копии указанных в настоящем подпункте документов должны быть заверены работодателем.

Ответственность за достоверность и полноту представляемых медицинской организацией сведений и документов, указанных в настоящем подпункте, возлагается на работодателя.

3.5.3. Работодатель направляет документы, указанные в подпункте 3.5.2 настоящего Положения, в Министерство в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления о направлении ходатайства ДОК в адрес Министерства.

3.5.4. Лицо, прибывшее для работы в качестве руководителя учреждения, обращается в Министерство лично с письменным заявлением о заключении договора о кадровом обеспечении по форме, утверждаемой Министерством, с указанием в нем способа уведомления о принятом Министерством решении (на адрес электронной почты; почтовым отправлением; путем вручения в Министерстве лично).

3.5.5. Для принятия решения о заключении договора о кадровом обеспечении с заявителем - лицом, прибывшим для работы в качестве руководителя учреждения, Министерством в течение 5 рабочих дней со дня поступления заявления, указанного в подпункте 3.5.4 настоящего Положения, подготавливается служебная записка с приложением следующих документов:

- копии паспорта заявителя;
- копии трудового договора по основному месту работы заявителя;
- копии документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика (заявителя);
- копии документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (заявителя);
- копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности заявителя, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3.5.6. Министерство в однодневный срок со дня поступления документов, указанных в подпунктах 3.5.2, 3.5.5 настоящего Положения, регистрирует их и в день регистрации передает на рассмотрение создаваемой Министерством рабочей группе по заключению договора о кадровом обеспечении (далее - Рабочая группа ДОК), состав и порядок работы которой определяются Министерством.

Рабочая группа ДОК в течение 20 рабочих дней со дня регистрации документов, указанных в подпунктах 3.5.2, 3.5.5 настоящего Положения,

рассматривает их и по результатам рассмотрения принимает решение о наличии (отсутствии) оснований для отказа в заключении договора о кадровом обеспечении, которое оформляется протоколом Рабочей группы ДОК за подписью всех ее членов, присутствовавших на заседании.

3.5.7. Основаниями для отказа в заключении договора о кадровом обеспечении являются:

1) несоблюдение условий заключения договора о кадровом обеспечении, указанных в подпункте 3.5 настоящего Положения;

2) установление факта недостоверности информации, представленной для заключения договора о кадровом обеспечении.

3.5.8. В течение 3 рабочих дней со дня оформления протокола Рабочей группы ДОК, указанного в абзаце 2 подпункта 3.5.6 настоящего Положения, Министерство принимает решение о заключении договора о кадровом обеспечении либо об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении путем издания распоряжения Министерства, включающего информацию:

- о заявителях, которым отказано в заключении договора о кадровом обеспечении, с указанием оснований для отказа;

- о заявителях, с которыми заключаются договоры о кадровом обеспечении.

3.5.9. Министерство уведомляет о принятом решении организацию-работодателя путем направления распоряжения, указанного в абзаце 1 подпункта 3.5.8 настоящего Положения, в течение 5 рабочих дней со дня его издания.

Министерство в течение 5 рабочих дней со дня издания распоряжения, указанного в абзаце 1 подпункта 3.5.8 настоящего Положения, направляет (вручает) заявителю способом, указанным им в заявлении о направлении ходатайства ДОК (заявлении, указанном в подпункте 3.5.4 настоящего Положения), уведомление о заключении договора о кадровом обеспечении / уведомление об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении с указанием оснований для отказа.



В уведомлении о заключении договора о кадровом обеспечении / уведомлении об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении указывается порядок обжалования принятого решения, а также сообщаются телефоны для получения справочной информации.

К уведомлению о заключении договора о кадровом обеспечении прилагается проект договора о кадровом обеспечении.

В течение 3 рабочих дней, следующих за днем получения уведомления о заключении договора о кадровом обеспечении и проекта договора о кадровом обеспечении, заявитель подписывает проект договора о кадровом обеспечении и представляет его в адрес Министерства либо направляет на адрес электронной почты Министерства с последующим направлением оригинала проекта договора о кадровом обеспечении почтовой связью.».

### 3.3. В подпункте 3.9:

3.3.1. в абзаце 1 подпункта 3.9 слова «руководителей учреждений» заменить словами «руководителей, заместителей руководителей учреждений»;

3.3.2. подпункты 3.9.1, 3.9.1.1, 3.9.1.2 изложить в следующей редакции:

«3.9.1. Решение о назначении (отказе в назначении) или прекращении предоставления КРН / КРИ принимается работодателем путем издания приказа учреждения-работодателя.

В случае принятия решения об отказе в назначении или прекращении предоставления КРН / КРИ в приказе учреждения-работодателя указываются основания для отказа в назначении (прекращении предоставления) КРН / КРИ.

3.9.1.1. Для принятия решения о назначении КРН заявитель подает работодателю заявление по форме № 1 к настоящему Положению с указанием даты начала предоставления КРН, которая не может быть ранее даты трудоустройства в государственное учреждение Сахалинской области по основному месту работы (далее - дата начала предоставления КРН).

К заявлению прилагаются следующие документы:

1) копии паспортов или иных документов, удостоверяющих личность

членов семьи заявителя (к членам семьи заявителя применительно к предоставлению КРН относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети);

2) копия договора найма (поднайма) жилого помещения, заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации заявителем или его супругой (супругом) с собственником жилого помещения (нанимателем – в случае поднайма) или уполномоченным им лицом (с указанием: размера ежемесячной платы за жилое помещения, без учета расходов на оплату коммунальных услуг, услуг связи, телевидения, сети Интернет; реквизитов документа о регистрации жилого помещения в Едином государственном реестре недвижимости, данных о собственнике; согласия наймодателя на передачу жилого помещения в пользование поднанимателю в случае поднайма жилого помещения);

3) копия договора о кадровом обеспечении.

3.9.1.2. Для принятия решения о назначении КРИ заявитель подает работодателю заявление по форме № 2 к настоящему Положению.

К заявлению прилагаются следующие документы:

1) копии паспортов или иных документов, удостоверяющих личность членов семьи заявителя (к членам семьи заявителя применительно к предоставлению КРИ относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети);

2) копия действующего договора ипотечного жилищного кредита (займа), заключенного заявителем (членом семьи заявителя) с российской кредитной организацией, на приобретение жилья в Сахалинской области, включающего информацию о сроках (датах) и сумме платежей в счет погашения кредита (график погашения) (с указанием реквизитов документа о регистрации жилого помещения в Едином государственном реестре недвижимости);

3) копия договора о кадровом обеспечении.»;

3.3.3. в подпункте 3.9.1.3:

3.3.3.1. абзац 2 изложить в следующей редакции:

«Жилое помещение по договору найма (поднайма), жилое помещение, приобретенное с использованием средств ипотечного жилищного кредита (займа), должно находиться в пределах муниципального образования по основному месту работы заявителя или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию.»;

3.3.3.2. абзацы 3, 6 признать утратившими силу;

3.3.4. подпункты 3.9.2 – 3.9.4 изложить в следующей редакции:

«3.9.2. Решение о предоставлении КРН и КРИ принимается работодателем в течение 10 рабочих дней после поступления документов, установленных подпунктами 3.9.1.1, 3.9.1.2 настоящего Положения.

О принятых в отношении работника решениях, указанных в подпункте 3.9.1 настоящего Положения, работодатель уведомляет работника в срок не позднее 3 рабочих дней со дня их принятия путем ознакомления работника в письменной форме под роспись с приказом, указанным в подпункте 3.9.1 настоящего Положения.

3.9.3. Основаниями для отказа в предоставлении КРН являются:

а) представление не в полном объеме документов, указанных в подпункте 3.9.1.1 настоящего Положения;

б) указание в заявлении даты начала предоставления КРН ранее даты трудоустройства в государственное учреждение Сахалинской области по основному месту работы;

в) заявитель на дату начала предоставления КРН, указанную им в заявлении на предоставление КРН, является нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо собственником или членом семьи собственника жилого помещения, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту

работы и выполнять трудовую функцию;

г) заявитель на дату начала предоставления КРН, указанную им в заявлении на предоставление КРН, является получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области;

д) установление факта недостоверности информации, представленной для установления КРН.

3.9.4. Основаниями для отказа в предоставлении КРИ являются:

а) представление не в полном объеме документов, указанных в подпункте 3.9.1.2 настоящего Положения;

б) заявитель является получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области;

в) заявитель получил единовременную денежную выплату на приобретение (строительство) жилья по договору о кадровом обеспечении или подал в Министерство пакет документов на ее получение;

г) заявитель является нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

д) наличие в собственности заявителя либо члена семьи заявителя

расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию, иного жилого помещения, помимо приобретенного с использованием средств ипотечного жилищного кредита (займа);

е) установление факта недостоверности информации, представленной для установления КРИ.»;

3.3.5. абзац 3 подпункта 3.9.5 изложить в следующей редакции:

«Заявитель в срок до 15 числа ежемесячно представляет работодателю документы, подтверждающие фактическую оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу).»;

3.3.6. подпункт 3.9.6 изложить в следующей редакции:

«3.9.6. КРН / КРИ производится на банковский счет, указанный в заявлении на предоставление КРН / КРИ, не позднее последнего числа месяца представления работодателю документов, указанных в абзаце 3 подпункта 3.9.5 настоящего Положения.»;

3.3.7. подпункт 3.9.9 изложить в следующей редакции:

«3.9.9. Основания для прекращения предоставления КРН / КРИ.

3.9.9.1. Общими основаниями для прекращения предоставления КРН / КРИ являются:

а) истечение срока предоставления КРН / КРИ, указанного в подпункте 3.10 настоящего Положения;

б) прекращение трудового договора по основному месту работы;

в) получение заявителем или членом его семьи компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области;

г) установление факта недостоверности информации, представленной для установления КРН / КРИ.

3.9.9.2. Дополнительными основаниями для прекращения предоставления КРН являются:

а) прекращение договора найма (поднайма) жилого помещения (без заключения нового договора найма (поднайма) жилого помещения);

б) предоставление заявителю или членам его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо приобретение им или членом его семьи жилого помещения в собственность, расположенного на территории муниципального образования Сахалинской области по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

в) отказ заявителя от получения КРН на основании его заявления, направленного работодателю с указанием даты прекращения предоставления КРН, составленного в произвольной форме;

г) подача заявителем заявления на получение КРИ в соответствии с подпунктом 3.9.1.2 настоящего Положения.

3.9.9.3. Дополнительными основаниями для прекращения предоставления КРИ являются:

а) прекращение договора ипотечного жилищного кредита (займа);

б) предоставление заявителю или члену его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию.»;

3.3.8. подпункт 3.9.11 изложить в следующей редакции:

«3.9.11. Заявитель обязан письменно уведомить работодателя с приложением подтверждающих документов в 10-дневный срок со дня наступления обстоятельств:

- указанных в подпункте «в» подпункта 3.9.9.1 настоящего Положения;
- указанных в подпунктах «а», «б» подпункта 3.9.9.2 настоящего Положения;
- указанных в подпунктах «а», «б» подпункта 3.9.9.3 настоящего Положения.».

3.4. Подпункт 3.10 изложить в следующей редакции:

«3.10. Срок предоставления КРН составляет 5 лет с даты начала предоставления КРН.

Срок предоставления КРИ составляет 5 лет с даты начала предоставления КРИ.

Срок предоставления дополнительных социальных гарантий, предусмотренных подпунктом 2.4 пункта 2 настоящего Положения, в совокупности составляет не более 5 лет с даты начала предоставления любой из них.».

3.5. В подпункте 3.11:

3.5.1. абзац 1 изложить в следующей редакции:

«3.11. Договор о кадровом обеспечении первичного звена заключается Министерством с медицинским работником, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, по форме, утверждаемой Министерством, при:»;

3.5.2. абзац 8 изложить в следующей редакции:

«4) наличии ходатайства работодателя о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена с медицинским работником с положительной характеристикой и указанием в нем выполняемого объема работы, установленных трудовым договором показателей эффективности деятельности и их выполнения, информации о соблюдении принципов медицинской этики и деонтологии, отсутствии дисциплинарных взысканий и обоснованных жалоб пациентов (далее – ходатайство ПМСП);».

3.6. Абзац 2 подпункта 3.13 признать утратившим силу.

3.7. Подпункты 3.14 - 3.16 изложить в следующей редакции:

«3.14. Для заключения договора о кадровом обеспечении первичного

звена медицинские работники, указанные в подпункте 2.5 пункта 2 настоящего Положения, обращаются к работодателю с заявлением о направлении ходатайства ПМСП в адрес Министерства по форме, утверждаемой Министерством, с указанием в нем способа уведомления о принятом Министерством решении (на адрес электронной почты; почтовым отправлением; путем вручения в Министерстве лично).

3.15. Для принятия решения о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена работодатель направляет в Министерство с сопроводительным письмом ходатайство ПМСП по форме, утверждаемой Министерством, с приложением следующих документов:

- копии паспорта заявителя;
- копии трудового договора по основному месту работы заявителя;
- копии документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика (заявителя);
- копии документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (заявителя);
- копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности заявителя, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

В сопроводительном письме указывается перечень прилагаемых к нему документов.

Все копии указанных в настоящем подпункте документов должны быть заверены работодателем.

Ответственность за достоверность и полноту представляемых медицинской организацией сведений и документов, указанных в настоящем подпункте, возлагается на работодателя.

3.16. Работодатель направляет документы, указанные в подпункте 3.15 настоящего Положения, в Министерство в течение 3 рабочих дней со дня



получения заявления о направлении ходатайства ПМСП в адрес Министерства.

Министерство в однодневный срок со дня поступления документов, указанных в подпункте 3.15 настоящего Положения, регистрирует их и в день регистрации передает на рассмотрение создаваемой Министерством рабочей группе по заключению договора о кадровом обеспечении первичного звена (далее - Рабочая группа ПМСП), состав и порядок работы которой определяются Министерством.

Рабочая группа ПМСП в течение 20 рабочих дней со дня регистрации документов, указанных в подпункте 3.15 настоящего Положения, рассматривает их и по результатам рассмотрения принимает решение о наличии (отсутствии) оснований для отказа в заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена, которое оформляется протоколом Рабочей группы ПМСП за подписью всех ее членов, присутствовавших на заседании.

3.16.1. Основаниями для отказа в заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена являются:

1) несоблюдение условий заключения договора о кадровом обеспечении первичного звена, указанных в подпункте 3.11 настоящего Положения;

2) установление факта недостоверности информации, представленной для заключения договора о кадровом обеспечении первичного звена.

3.16.2. В течение 3 рабочих дней со дня оформления протокола Рабочей группы ПМСП, указанного в абзаце 3 подпункта 3.16 настоящего Положения, Министерство принимает решение о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена либо об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена путем издания распоряжения Министерства, включающего информацию:

- о медицинских работниках, которым отказано в заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена, с указанием оснований для отказа;

- о медицинских работниках, с которыми заключаются договоры о кадровом обеспечении первичного звена и предоставляется единовременная

компенсационная денежная выплата на обустройство, а также о размере такой выплаты.

3.16.3. Министерство уведомляет о принятом решении медицинскую организацию-работодателя путем направления распоряжения, указанного в абзаце 1 подпункта 3.16.2 настоящего Положения, в течение 5 рабочих дней со дня его издания.

Министерство в течение 5 рабочих дней со дня издания распоряжения, указанного в абзаце 1 подпункта 3.16.2 настоящего Положения, направляет (вручает) медицинскому работнику способом, указанным им в заявлении о направлении ходатайства, уведомление о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена / уведомление об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена с указанием оснований для отказа.

В уведомлении о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена / уведомлении об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена указывается порядок обжалования принятого решения, а также сообщаются телефоны для получения справочной информации.

К уведомлению о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена прилагается проект договора о кадровом обеспечении первичного звена.

В течение 3 рабочих дней, следующих за днем получения уведомления о заключении договора о кадровом обеспечении первичного звена и проекта договора о кадровом обеспечении первичного звена, медицинский работник подписывает проект договора о кадровом обеспечении первичного звена и представляет его в адрес Министерства либо направляет на адрес электронной почты Министерства с последующим направлением оригинала проекта договора о кадровом обеспечении первичного звена почтовой связью.

3.16.4. Предоставление единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство осуществляется государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области по основному месту работы

медицинского работника в срок не позднее последнего дня месяца, следующего за месяцем издания распоряжения Министерства, указанного в абзаце 1 подпункта 3.16.2 настоящего Положения.».

3.8. Дополнить подпунктами 3.18 – 3.39 следующего содержания:

«3.18. Договор о кадровом обеспечении ОМС заключается Министерством с Врачом ОМС по форме, утверждаемой Министерством, при соблюдении следующих условий:

1) прибытие заявителя в Сахалинскую область из другого субъекта Российской Федерации и незаключение им договора с Министерством в рамках кадрового обеспечения системы здравоохранения Сахалинской области;

2) наличие трудового договора с негосударственной медицинской организацией, расположенной на территории Сахалинской области и осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области, по основному месту работы на условиях полного рабочего дня;

3) участие медицинского работника негосударственной медицинской организации в оказании услуг в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области;

4) заявитель не является получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области;

5) заявитель не является нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять

трудовую функцию;

б) отсутствие в собственности заявителя либо члена семьи заявителя жилого помещения, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию (за исключением жилого помещения, приобретенного с использованием средств ипотечного жилищного кредита (займа), в отношении которого рассматривается заявление о назначении КРИОМС).

3.19. Не допускается заключение договора о кадровом обеспечении ОМС и договора о кадровом обеспечении первичного звена одними и теми же лицами.

3.20. Для принятия решения о заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и назначении КРНОМС / КРИОМС, предусмотренных подпунктом 2.6 пункта 2 настоящего Положения, Врач ОМС представляет лично в Министерство документы, указанные в подпунктах 3.21, 3.22 настоящего Положения, соответственно.

3.21. Для принятия решения о заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и назначении КРНОМС Врач ОМС представляет в Министерство заявление по форме № 3 к настоящему Положению с указанием в нем способа уведомления о принятом Министерством решении (на адрес электронной почты; почтовым отправлением; путем вручения в Министерстве лично) с приложением следующих документов:

1) копий паспортов или иных документов, удостоверяющих личность заявителя и членов семьи заявителя (к членам семьи заявителя применительно к предоставлению КРНОМС относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети);

2) копии договора найма (поднайма) жилого помещения, заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации заявителем или его супругой (супругом) с собственником жилого помещения (нанимателем – в случае поднайма) или уполномоченным им лицом (с указанием: размера

ежемесячной платы за жилое помещения, без учета расходов на оплату коммунальных услуг, услуг связи, телевидения, сети Интернет; реквизитов документа о регистрации жилого помещения в Едином государственном реестре недвижимости, данных о собственнике; согласия наймодателя на передачу жилого помещения в пользование поднаемателю в случае поднайма жилого помещения);

3) копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

4) справки с места работы, подтверждающей участие медицинского работника негосударственной медицинской организации в оказании услуг в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области.

3.22. Для принятия решения о заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и назначении КРИОМС Врач ОМС представляет в Министерство заявление по форме № 4 к настоящему Положению с указанием в нем способа уведомления о принятом Министерством решении (на адрес электронной почты; почтовым отправлением; путем вручения в Министерстве лично) с приложением следующих документов:

1) копий паспортов или иных документов, удостоверяющих личность заявителя и членов семьи заявителя (к членам семьи заявителя применительно к предоставлению КРИОМС относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети);

2) копии действующего договора ипотечного жилищного кредита (займа), заключенного заявителем (членом семьи заявителя) с российской кредитной организацией, на приобретение жилья в Сахалинской области, включающего информацию о сроках (датах) и сумме платежей в счет погашения кредита (график погашения) (с указанием реквизитов документа о регистрации жилого помещения в Едином государственном реестре недвижимости);

3) копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности,

оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

4) справки с места работы, подтверждающей участие медицинского работника негосударственной медицинской организации в оказании услуг в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области.

3.23. Копии документов, указанных в подпунктах 3.21, 3.22 настоящего Положения, не заверенные в установленном порядке, представляются с предъявлением оригиналов.

Ответственность за достоверность представляемых заявителем сведений и документов возлагается на заявителя.

3.24. Жилое помещение по договору найма (поднайма), жилое помещение, приобретенное с использованием средств ипотечного жилищного кредита (займа), должно находиться в пределах муниципального образования по основному месту работы заявителя или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию.

3.25. Министерство в однодневный срок со дня поступления документов, указанных в подпунктах 3.21, 3.22 настоящего Положения, регистрирует их и в день регистрации передает на рассмотрение создаваемой Министерством рабочей группе по заключению договора о кадровом обеспечении ОМС (далее - Рабочая группа ОМС), состав и порядок работы которой определяются Министерством.

Рабочая группа ОМС в течение 20 рабочих дней со дня регистрации документов, указанных в подпунктах 3.21, 3.22 настоящего Положения, рассматривает их и по результатам рассмотрения принимает решение о наличии (отсутствии) оснований для отказа в заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и назначении КРНОМС / КРИОМС, которое оформляется протоколом Рабочей группы ОМС за подписью всех ее членов, присутствовавших на заседании.

3.26. Основаниями для отказа в заключении договора о кадровом

обеспечении ОМС и в назначении КРНОМС / КРИОМС являются:

а) несоблюдение условий заключения договора о кадровом обеспечении ОМС, указанных в подпункте 3.18 настоящего Положения;

б) представление для принятия решения о заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и назначении КРНОМС / КРИОМС не в полном объеме документов, указанных в подпунктах 3.21, 3.22 настоящего Положения соответственно;

в) установление факта недостоверности информации, представленной для заключения договора о кадровом обеспечении ОМС и назначении КРНОМС / КРИОМС.

3.27. В течение 3 рабочих дней со дня оформления протокола Рабочей группы ОМС, указанного в абзаце 2 подпункта 3.25 настоящего Положения, Министерство принимает решение о заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и назначении КРНОМС / КРИОМС либо об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и в назначении КРНОМС / КРИОМС путем издания распоряжения Министерства, включающего информацию:

- о медицинских работниках, которым отказано в заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и в назначении КРНОМС / КРИОМС, с указанием оснований для отказа;

- о медицинских работниках, с которыми заключаются договоры о кадровом обеспечении ОМС и которым назначена КРНОМС / КРИОМС.

3.28. Министерство в течение 5 рабочих дней со дня издания распоряжения, указанного в подпункте 3.27 настоящего Положения, направляет (вручает) Врачу ОМС способом, указанным им в заявлении, уведомление о заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и назначении КРНОМС / КРИОМС / уведомление об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и в назначении КРНОМС / КРИОМС с указанием оснований для отказа (далее – уведомление Врачу ОМС).

В уведомлении Врачу ОМС указывается порядок обжалования

принятого решения, а также сообщаются телефоны для получения справочной информации.

К уведомлению Врачу ОМС прилагается проект договора о кадровом обеспечении ОМС, заключаемого Министерством с Врачом ОМС.

В течение 3 рабочих дней, следующих за днем получения уведомления о заключении договора о кадровом обеспечении ОМС и проекта договора о кадровом обеспечении ОМС, Врач ОМС подписывает проект договора о кадровом обеспечении ОМС и представляет его в адрес Министерства либо направляет на адрес электронной почты Министерства с последующим направлением оригинала проекта договора о кадровом обеспечении ОМС почтовой связью.

3.29. Предоставление дополнительных социальных гарантий, предусмотренных подпунктом 2.6 пункта 2 настоящего Положения, осуществляется Министерством.

Перечисление КРНОМС / КРИОМС Врачам ОМС осуществляется государственным казенным учреждением «Централизованная бухгалтерия здравоохранения» (далее - Учреждение).

3.30. Выплата КРНОМС / КРИОМС производится с месяца, следующего за месяцем заключения договора о кадровом обеспечении ОМС.

3.31. Врач ОМС в срок до 15 числа ежемесячно направляет в Министерство документы, подтверждающие фактическую оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу).

3.32. Министерство в день поступления документов, указанных в подпункте 3.31 настоящего Положения, регистрирует их и передает в Учреждение для перечисления КРНОМС / КРИОМС Врачам ОМС.

3.33. КРНОМС / КРИОМС производится на банковский счет, указанный в заявлении на предоставление КРНОМС / КРИОМС, не позднее последнего числа месяца представления в Министерство документов, указанных в подпункте 3.31 настоящего Положения.



3.34. КРНОМС / КРИОМС производится в размере фактических расходов, но не более 25000 рублей в месяц, за исключением территории города Южно-Сахалинска и территории Курильских островов.

КРНОМС / КРИОМС на территории города Южно-Сахалинска и территории Курильских островов производится в размере фактических расходов, но не более 45000 рублей в месяц.

3.35. В случае оплаты стоимости найма (поднайма) жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) за неполный месяц, КРНОМС / КРИОМС производится в сумме не более предельной суммы, указанной в подпункте 3.34 настоящего Положения, скорректированной на фактическое число календарных дней оплаченного найма (поднайма) жилого помещения/ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу).

Авансирование расходов, связанных с оплатой стоимости найма (поднайма) жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), не допускается.

В подлежащие компенсации расходы на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения не включаются расходы на оплату коммунальных услуг, услуг связи, телевидения, сети Интернет.

Излишне выплаченная сумма КРНОМС / КРИОМС возмещается заявителем в месячный срок со дня получения требования Министерства о ее возврате.

Невозвращенные средства подлежат взысканию Министерством в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.36. Основания для прекращения предоставления КРНОМС / КРИОМС.

3.36.1. Общими основаниями для прекращения предоставления КРНОМС / КРИОМС являются:

а) истечение срока предоставления КРНОМС / КРИОМС, указанного в подпункте 3.39 настоящего Положения;

- б) прекращение трудового договора по основному месту работы;
- в) прекращение участия Врача ОМС в оказании услуг в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области;
- г) получение заявителем или членом его семьи компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области;
- д) установление факта недостоверности информации, представленной для установления КРНОМС / КРИОМС.

3.36.2. Дополнительными основаниями для прекращения предоставления КРНОМС являются:

- а) прекращение договора найма (поднайма) жилого помещения (без заключения нового договора найма (поднайма) жилого помещения);
- б) предоставление заявителю или членам его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо приобретение им или членом его семьи жилого помещения в собственность, расположенного на территории муниципального образования Сахалинской области по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;
- в) отказ заявителя от получения КРНОМС на основании его заявления, направленного в Министерство с указанием даты прекращения предоставления КРНОМС, составленного в произвольной форме;
- г) подача заявителем заявления на получение КРИОМС в соответствии с подпунктом 3.39 настоящего Положения.

3.36.3. Дополнительными основаниями для прекращения предоставления КРИОМС являются:

- а) прекращение договора ипотечного жилищного кредита (займа);

б) предоставление заявителю или члену его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования Сахалинской области по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию.

3.37. Предоставление КРНОМС / КРИОМС прекращается с месяца, следующего за месяцем возникновения оснований, указанных в подпункте 3.36 настоящего Положения.

3.38. Врач ОМС обязан письменно уведомить Министерство с приложением подтверждающих документов в 10-дневный срок со дня наступления обстоятельств:

- указанных в подпунктах «б» - «г» подпункта 3.36.1 настоящего Положения;

- указанных в подпунктах «а», «б» подпункта 3.36.2 настоящего Положения;

- указанных в подпунктах «а», «б» подпункта 3.36.3 настоящего Положения.

Решение о прекращении предоставления КРНОМС / КРИОМС Врачу ОМС принимается Министерством в течение 10 рабочих дней со дня поступления в Министерство сведений о наступлении обстоятельств, указанных в подпункте 3.36 настоящего Положения, путем издания распоряжения Министерства о КРНОМС / КРИОМС, включающего информацию о медицинских работниках, которым прекращается предоставление КРНОМС / КРИОМС, с указанием оснований, предусмотренных подпунктом 3.36 настоящего Положения.

Министерство в течение 3 рабочих дней со дня принятия Распоряжения о прекращении КРНОМС / КРИОМС направляет (вручает) Врачу ОМС уведомление о прекращении КРНОМС / КРИОМС способом, указанным им в заявлении о назначении КРНОМС / КРИОМС (в случае прекращения

предоставления КРНОМС на основании заявлений, указанных в подпунктах «в», «г» подпункта 3.36.2 настоящего Положения, - способом, указанным в таких заявлениях).

Распоряжение о прекращении КРНОМС / КРИОМС и документы, подтверждающие наступление обстоятельств, указанных в подпункте 3.36 настоящего Положения, передаются Министерством в Учреждение в течение 3 рабочих дней со дня принятия Распоряжения о прекращении КРНОМС / КРИОМС.

3.39. Срок предоставления КРНОМС составляет 3 года с даты начала предоставления КРНОМС.

Срок предоставления КРИОМС составляет 3 года с даты начала предоставления КРИОМС.

Срок предоставления дополнительных социальных гарантий, предусмотренных подпунктом 2.6 пункта 2 настоящего Положения, в совокупности составляет не более 3 лет с даты начала предоставления любой из них.».

---

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к постановлению Правительства  
Сахалинской области

от 06 ноября 2024 г. № 396

«ФОРМА № 1

к Положению о дополнительных социальных  
гарантиях студентам, ординаторам и отдельным  
категориям медицинских работников и порядке  
их предоставления, утвержденному  
постановлением Правительства Сахалинской  
области

от 23 апреля 2014 г. № 183

\_\_\_\_\_  
(наименование работодателя)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя  
полностью)

проживающего(-ей) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

когда выдан \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
СНИЛС \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на предоставление компенсации расходов на оплату стоимости найма  
(поднайма) жилого помещения медицинскому работнику  
государственного учреждения, подведомственного министерству  
здравоохранения Сахалинской области, заключившему договор  
о кадровом обеспечении с министерством здравоохранения  
Сахалинской области**

Прошу с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года<sup>1</sup> предоставить компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения, устанавливаемую медицинскому работнику государственного учреждения, подведомственного министерству здравоохранения Сахалинской области, заключившему договор о кадровом обеспечении с министерством здравоохранения Сахалинской области, в соответствии с Положением о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 (далее соответственно – КРН, Положение).

С Положением ознакомлен(а).

Подтверждаю, что на дату начала предоставления КРН, указанную в абзаце 1 настоящего заявления:

1) моим основным местом работы является \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области);

2) рабочее место по основному месту работы расположено \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (населенный пункт);

3) по основному месту работы занимаю должность \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

4) трудоустроен(а) в учреждение, подведомственное министерству здравоохранения Сахалинской области, по трудовому договору от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_;

5) являюсь нанимателем (поднанимателем) / членом семьи нанимателя (поднанимателя)) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя / члена семьи заявителя, заключившего договор) жилого помещения по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (полное наименование адреса жилого помещения согласно договору найма (поднайма), согласно договору найма (поднайма) жилых помещений от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_;

6) не являюсь нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо собственником или членом семьи собственника жилого помещения, расположенного на территории муниципального образования \_\_\_\_\_ по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию<sup>2</sup>;

<sup>1</sup> Дата начала предоставления КРН не может быть ранее даты трудоустройства в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области.

<sup>2</sup> К членам семьи заявителя относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети.

7) не являюсь получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области.

Выплату прошу производить на банковский счет, открытый в российской кредитной организации:

---

(реквизиты кредитной организации и банковского счета, открытого в российской кредитной организации, для безналичного перечисления денежных средств (наименование российской кредитной организации, в которую должны быть перечислены денежные средства, банковский идентификационный код (БИК), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и код причины постановки на учет (КПП), присвоенные при постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения кредитной организации, номер банковского счета. В случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты МИР, указываются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР»)

---

Обязуюсь:

- в срок до 15 числа ежемесячно представлять работодателю документы, подтверждающие фактическую оплату найма (поднайма) жилого помещения;
- в 10-дневный срок сообщать работодателю о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление дополнительных социальных гарантий.

В целях получения дополнительных социальных гарантий в виде КРН:  
**ДАЮ СОГЛАСИЕ** \_\_\_\_\_

(наименование и адрес работодателя)

---

своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых для предоставления КРН. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

О принятых в отношении меня работодателем решениях о назначении и

предоставлении КРН, об отказе в назначения КРН, прекращении предоставления КРН прошу уведомлять<sup>3</sup>:

на адрес электронной почты \_\_\_\_\_;

почтовым отправлением на адрес \_\_\_\_\_;

посредством вручения в государственном учреждении, подведомственном министерству здравоохранения Сахалинской области, по моему основному месту работы мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_».

<sup>3</sup> Нужно отметить любым знаком



ПРИЛОЖЕНИЕ № 3  
к постановлению Правительства  
Сахалинской области  
от 06 ноября 2024 г. № 396

«ФОРМА № 2

к Положению о дополнительных социальных  
гарантиях студентам, ординаторам и отдельным  
категориям медицинских работников и порядке  
их предоставления, утвержденному  
постановлением Правительства Сахалинской  
области  
от 23 апреля 2014 г. № 183

\_\_\_\_\_  
(наименование работодателя)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя  
полностью)

проживающего(-ей) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
когда выдан \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
СНИЛС \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на предоставление компенсации расходов на оплату ежемесячного  
взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) медицинскому  
работнику государственного учреждения, подведомственного  
министерству здравоохранения Сахалинской области, заключившему  
договор о кадровом обеспечении с министерством здравоохранения  
Сахалинской области**

Прошу предоставить компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), устанавливаемую медицинскому работнику государственного учреждения, подведомственного министерству здравоохранения Сахалинской области, заключившему договор о кадровом обеспечении с министерством здравоохранения Сахалинской области, в соответствии с Положением о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 (далее соответственно – КРИ, Положение).

С Положением ознакомлен(а).

Подтверждаю, что на день подачи настоящего заявления:

1) моим основным местом работы является \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области);

2) рабочее место по основному месту работы расположено \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (населенный пункт);

3) по основному месту работы занимаю должность \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;

4) трудоустроен(а) в учреждение, подведомственное министерству здравоохранения Сахалинской области, по трудовому договору от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_;

5) договор ипотечного жилищного кредита (займа) от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ заключен (заявителем / членом семьи заявителя) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя / члена семьи заявителя, заключившего договор)  
 с российской кредитной организацией \_\_\_\_\_  
 на приобретение жилья в Сахалинской области по адресу:

\_\_\_\_\_ (полное наименование адреса жилого помещения)

Реквизиты документа о регистрации жилого помещения в Едином государственном реестре недвижимости: \_\_\_\_\_;

б) не являюсь получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области<sup>1</sup>;

<sup>1</sup> К членам семьи заявителя относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети.

7) не являюсь нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования \_\_\_\_\_ по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

8) не имею в собственности и не являюсь членом семьи собственников расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию, иного жилого помещения, помимо приобретенного с использованием средств ипотечного жилищного кредита (займа).

Выплату прошу производить на банковский счет, открытый в российской кредитной организации:

\_\_\_\_\_  
 (реквизиты кредитной организации и банковского счета, открытого в российской кредитной организации, для безналичного перечисления денежных средств (наименование российской кредитной организации, в которую должны быть перечислены денежные средства, банковский идентификационный код (БИК), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и код причины постановки на учет (КПП), присвоенные при постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения кредитной организации, номер банковского счета. В случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты МИР, указываются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР»)

Обязуюсь:

- в срок до 15 числа ежемесячно представлять работодателю документы, подтверждающие фактическую оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу);

- в 10-дневный срок сообщать работодателю о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление дополнительных социальных гарантий.

В целях получения дополнительных социальных гарантий в виде КРИ:

ДАЮ СОГЛАСИЕ \_\_\_\_\_

(наименование и адрес работодателя)

\_\_\_\_\_  
 своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (совершение действий (операций) с

персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых для предоставления КРИ. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

О принятых в отношении меня работодателем решениях о назначении и предоставлении КРИ, об отказе в назначения КРИ, прекращении предоставления КРИ прошу уведомлять<sup>2</sup>:

на адрес электронной почты \_\_\_\_\_;

почтовым отправлением на адрес \_\_\_\_\_;

посредством вручения в государственном учреждении, подведомственном министерству здравоохранения Сахалинской области, по моему основному месту работы мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_».

<sup>2</sup> Нужно отметить любым знаком

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

к постановлению Правительства  
Сахалинской области

от 06 ноября 2024 г. № 396

«ФОРМА № 3

к Положению о дополнительных социальных  
гарантиях студентам, ординаторам и отдельным  
категориям медицинских работников и порядке  
их предоставления, утвержденному  
постановлением Правительства Сахалинской  
области

от 23 апреля 2014 г. № 183

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя  
полностью)

проживающего(-ей) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

когда выдан \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о заключении договора о кадровом обеспечении  
в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области  
и о назначении компенсации расходов на оплату стоимости  
найма (поднайма) жилого помещения**

Прошу заключить со мной договор о кадровом обеспечении в сфере  
обязательного медицинского страхования Сахалинской области, назначить и

предоставлять компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения, устанавливаемую врачам, прибывшим в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации и занимающим на условиях полного рабочего дня должность специалиста с высшим профессиональным (медицинским) образованием (врач) по основному месту работы в негосударственной медицинской организации, расположенной на территории Сахалинской области и осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области, участвующим в оказании услуг в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области, заключившим с министерством здравоохранения Сахалинской области договор о кадровом обеспечении в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с Положением о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 (далее соответственно – КРНОМС, Положение).

С Положением ознакомлен(а).

Подтверждаю, что:

- 1) моим основным местом работы является \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации);
- 2) рабочее место по основному месту работы расположено \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (населенный пункт);
- 3) по основному месту работы занимаю должность \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

и принимаю участие в оказании услуг в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области;

4) трудоустроен(а) в медицинскую организацию по трудовому договору от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_;

5) являюсь нанимателем (поднанимателем) / членом семьи нанимателя (поднанимателя)) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя / члена семьи заявителя, заключившего договор) жилого помещения по адресу: \_\_\_\_\_

(полное наименование адреса жилого помещения согласно договору найма (поднайма), согласно договору найма (поднайма) жилых помещений от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_;

6) не являюсь нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо собственником или членом семьи собственника жилого помещения, расположенного на территории муниципального образования \_\_\_\_\_ по основному месту работы

или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию<sup>1</sup>;

7) не являюсь получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области.

Выплату прошу производить на банковский счет, открытый в российской кредитной организации:

---

(реквизиты кредитной организации и банковского счета, открытого в российской кредитной организации, для безналичного перечисления денежных средств (наименование российской кредитной организации, в которую должны быть перечислены денежные средства, банковский идентификационный код (БИК), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и код причины постановки на учет (КПП), присвоенные при постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения кредитной организации, номер банковского счета. В случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты МИР, предоставляются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР»)

---

Обязуюсь:

- в срок до 15 числа ежемесячно представлять в министерство здравоохранения Сахалинской области документы, подтверждающие фактическую оплату найма (поднайма) жилого помещения;

- в 10-дневный срок сообщать в министерство здравоохранения Сахалинской области о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление дополнительных социальных гарантий.

В целях получения дополнительных социальных гарантий в виде КРНОМС:

ДАЮ СОГЛАСИЕ министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) и государственному казенному учреждению «Централизованная бухгалтерия здравоохранения» (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор,

---

<sup>1</sup> К членам семьи заявителя относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети.

систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых для предоставления КРНОМС. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

Приложения: (указать перечень прилагаемых предусмотренных Положением документов (копий):

---



---

О принятых министерством здравоохранения Сахалинской области в отношении меня решениях о заключении договора о кадровом обеспечении ОМС, об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении ОМС, о назначении и предоставлении КРНОМС, об отказе в назначения КРНОМС, прекращении предоставления КРНОМС прошу уведомлять<sup>2</sup>:

на адрес электронной почты \_\_\_\_\_;

почтовым отправлением на адрес \_\_\_\_\_;

посредством вручения в министерстве здравоохранения Сахалинской области мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления):

---



---

.».

<sup>2</sup> Нужно отметить любым знаком



ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к постановлению Правительства  
Сахалинской области  
от 06 ноября 2024 г. № 396

«ФОРМА № 4  
к Положению о дополнительных социальных  
гарантиях студентам, ординаторам и отдельным  
категориям медицинских работников и порядке  
их предоставления, утвержденному  
постановлением Правительства Сахалинской  
области  
от 23 апреля 2014 г. № 183

В министерство здравоохранения  
Сахалинской области

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя  
полностью)

проживающего(-ей) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
когда выдан \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
СНИЛС \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о заключении договора о кадровом обеспечении**  
**в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области**  
**и (или) о назначении компенсации расходов на оплату ежемесячного**  
**взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу)**

Прошу<sup>1</sup>:

заключить со мной договор о кадровом обеспечении в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области;

назначить и предоставлять компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), устанавливаемую врачам, прибывшим в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации и занимающим на условиях полного рабочего дня должность специалиста с высшим профессиональным (медицинским) образованием (врач) по основному месту работы в негосударственной медицинской организации, расположенной на территории Сахалинской области и осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области, участвующим в оказании услуг в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области, заключившим с министерством здравоохранения Сахалинской области договор о кадровом обеспечении в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с Положением о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 (далее соответственно – КРИОМС, Положение).

С Положением ознакомлен(а).

Подтверждаю, что на день подачи настоящего заявления:

- 1) моим основным местом работы является \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации);
- 2) рабочее место по основному месту работы расположено \_\_\_\_\_  
(населенный пункт);
- 3) по основному месту работы занимаю должность \_\_\_\_\_

и принимаю участие в оказании услуг в системе обязательного медицинского страхования Сахалинской области;

4) трудоустроен(а) в медицинскую организацию по трудовому договору от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_;

5) договор ипотечного жилищного кредита (займа) от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ заключен (заявителем / членом семьи заявителя) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя / члена семьи заявителя, заключившего договор) с российской кредитной организацией \_\_\_\_\_ на приобретение жилья в Сахалинской области по адресу:

\_\_\_\_\_ (полное наименование адреса жилого помещения)

<sup>1</sup> Нужно отметить любым знаком

Реквизиты документа о регистрации жилого помещения в Едином государственном реестре недвижимости: \_\_\_\_\_;

б) не являюсь получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области, и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области<sup>2</sup>;

7) не являюсь нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования \_\_\_\_\_ по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

8) не имею в собственности и не являюсь членом семьи собственников расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию, иного жилого помещения, помимо приобретенного с использованием средств ипотечного жилищного кредита (займа).

Выплату прошу производить на банковский счет, открытый в российской кредитной организации:

---

(реквизиты кредитной организации и банковского счета, открытого в российской кредитной организации, для безналичного перечисления денежных средств (наименование российской кредитной организации, в которую должны быть перечислены денежные средства, банковский идентификационный код (БИК), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и код причины постановки на учет (КПП), присвоенные при постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения кредитной организации, номер банковского счета. В случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты МИР, предоставляются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР»)

---



---



---

Обязуюсь:

- в срок до 15 числа ежемесячно представлять в министерство здравоохранения Сахалинской области документы, подтверждающие фактическую оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу);

- в 10-дневный срок сообщать в министерство здравоохранения Сахалинской области о наступлении обстоятельств, влияющих на

---

<sup>2</sup> К членам семьи заявителя относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети.

предоставление дополнительных социальных гарантий.

В целях получения дополнительных социальных гарантий в виде КРИОМС:

ДАЮ СОГЛАСИЕ министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) и государственному казенному учреждению «Централизованная бухгалтерия здравоохранения» (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых для предоставления КРИОМС. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

Приложения: (указать перечень прилагаемых предусмотренных Положением документов (копий):

---

О принятых министерством здравоохранения Сахалинской области в отношении меня решениях о заключении договора о кадровом обеспечении ОМС, об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении ОМС, о назначении и предоставлении КРИОМС, об отказе в назначения КРИОМС, прекращении предоставления КРИОМС прошу уведомлять<sup>3</sup>:

СМС-сообщением на номер \_\_\_\_\_;

на адрес электронной почты \_\_\_\_\_;

почтовым отправлением на адрес \_\_\_\_\_;

посредством вручения в министерстве здравоохранения Сахалинской области мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления):

\_\_\_\_\_».

---

<sup>3</sup> Нужно отметить любым знаком