



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 08.02.2024 № 1-3.13-72/24

г. Южно-Сахалинск

Об утверждении форм документов

В соответствии с пунктом 5 Порядка 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 поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, утвержденного постановлением Правительства Сахалинской области от 19.12.2023 № 633 «Об утверждении Порядка 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 поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек» приказываю:

1. Утвердить формы документов, оформляемых при предоставлении 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 поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, согласно приложениям к настоящему приказу:

- типовую форму договора о предоставлении единовременной компенсационной 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 тыс. человек (приложение № 1);

- форму заявления о заключении договора о предоставлении единовременной компенсационной 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 тыс. человек и предоставлении выплаты (приложение № 2).

2. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Сахалинской области:

- от 11.05.2021 № 10-п «Об утверждении Порядка заключения договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), являющимся гражданами Российской Федерации, не имеющим неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60 процентов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек»;

- от 24.02.2022 № 3.13-5-п «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Сахалинской области от 11.05.2021 № 10-п «Об утверждении Порядка заключения договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), являющимся гражданами Российской Федерации, не имеющим неисполненных обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60 процентов), прибывшим

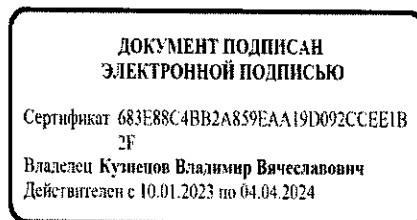
(переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек»;

- от 02.11.2022 № 24-п «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Сахалинской области от 11.05.2021 № 10-п «Об утверждении Порядка заключения договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), являющимся гражданами Российской Федерации, не имеющим неисполненных обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60 процентов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек».

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2024 года.

4. Разместить настоящий приказ на официальном сайте министерства здравоохранения Сахалинской области, на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru).

Министр
здравоохранения
Сахалинской области



В.В. Кузнецов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
Утверждена приказом
министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 08.02.2024 № 1-3.13-72/24

ТИПОВАЯ ФОРМА ДОГОВОРА

о предоставлении единовременной компенсационной 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 тыс. человек

Договор

о предоставлении единовременной компенсационной 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 тыс. человек

г. Южно-Сахалинск

«__» _____ 20__ г.

Гражданин (гражданка) _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

дата рождения _____, паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

зарегистрирован (зарегистрирована) по адресу:

адрес фактического проживания: _____

ИНН _____,

именуемый (именуемая) в дальнейшем Медицинский работник,

(наименование государственного учреждения)

именуемое в дальнейшем Учреждение, в лице руководителя Учреждения

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава Учреждения, и министерство здравоохранения Сахалинской области, именуемое в дальнейшем

Министерство, в лице министра

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующего на основании Положения о Министерстве, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий Договор о следующем:

1. Предметом настоящего Договора является предоставление единовременной компенсационной выплаты в размере _____ рублей <*> Медицинскому работнику, являющемуся гражданином Российской Федерации, не имеющему неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60 процентов), прибывшему (переехавшему) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек на территории Сахалинской области и ранее не получавшему единовременной компенсационной выплаты в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» или государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», заключившему трудовой договор с

_____ (наименование государственного учреждения)

и работающему в должности _____.

<> Примечание: указывается размер единовременной компенсационной выплаты: 2 млн. рублей для врачей и 1 млн. рублей для фельдшеров, а также акушеров и медицинских сестер фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывших (переехавших) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, расположенные на территории Сахалинской области;*

1 млн. рублей для врачей и 0,5 млн. рублей для фельдшеров, а также акушеров и медицинских сестер фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывших (переехавших) на работу в города с населением до 50 тыс. человек, расположенные на территории Сахалинской области.

2. Медицинский работник обязуется:

2.1. исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения Договора на должности, включенной в программный реестр должностей

медицинских работников в медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на очередной финансовый год (программный реестр должностей), в соответствии с трудовым договором, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации;

2.2. продлить Договор на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

2.3. возвратить в доход областного бюджета Сахалинской области часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения 5-летнего 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 в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам;

2.4. возвратить в доход областного бюджета Сахалинской области часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду 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);

2.5. заблаговременно в письменном виде сообщить Учреждению и Министерству о намерении до истечения пятилетнего срока расторгнуть трудовой договор;

2.6. заблаговременно в письменном виде сообщить Учреждению и Министерству об изменении указанных в настоящем Договоре реквизитов банковского счета (банковской карты) и (или) изменении регистрации по месту жительства (адреса фактического проживания).

3. Возврат части единовременной компенсационной выплаты осуществляется в течение пяти банковских дней со дня прекращения трудового договора. Реквизиты для перечисления представляются Министерством.

4. Министерство обязуется осуществить единовременную компенсационную выплату Медицинскому работнику в размере, указанном в пункте 1 настоящего Договора, путем перечисления денежных средств на

банковский счет (банковской карты), открытого (-ой) в российской кредитной организации Медицинского работника не позднее 30-го числа месяца, следующего за месяцем издания распоряжения Министерства о предоставлении единовременной компенсационной выплаты и о заключении договора.

5. Учреждение обязуется:

5.1. соблюдать свои обязательства, вытекающие из трудового договора;

5.2. в случае прекращения трудового договора с Медицинским работником по любым основаниям незамедлительно в письменном виде сообщать об этом в Министерство.

6. Ответственность.

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных настоящим Договором, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

6.2. В случае неисполнения Медицинским работником обязанностей по возврату части единовременной компенсационной выплаты, предусмотренных подпунктами 2.3, 2.4 настоящего Договора, Медицинский работник обязан уплатить в доход областного бюджета Сахалинской области неустойку в размере 0,1 процента от суммы единовременной компенсационной выплаты, подлежащей возврату в областной бюджет Сахалинской области, за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения срока, установленного пунктом 3 настоящего Договора.

6.3. В случае выявления фактов предоставления Медицинским работником недостоверных сведений в целях заключения настоящего Договора и получения единовременной компенсационной выплаты, Медицинский работник обязан возратить в доход областного бюджета Сахалинской области всю сумму полученной единовременной компенсационной выплаты, а также уплатить в доход областного бюджета Сахалинской области неустойку в размере 0,1 процента от суммы единовременной компенсационной выплаты за каждый день пользования единовременной компенсационной выплатой (с даты зачисления суммы единовременной компенсационной выплаты на счет Медицинского работника по дату возврата денежных средств в доход областного бюджета Сахалинской области).

7. Министерство осуществляет контроль за соблюдением условий для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

8. Настоящий Договор действует с даты его подписания всеми Сторонами и до истечения пяти лет работы Медицинского работника в Учреждении, а в

случае продления Договора по основаниям, предусмотренным подпунктами 2.2, 2.4 Договора, - до окончания срока, указанного в дополнительном Соглашении к Договору.

9. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. Все изменения к настоящему Договору оформляются дополнительными Соглашениями к нему, по одному для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу.

11. Споры по исполнению настоящего Договора решаются Сторонами путем переговоров и направления претензий. Срок рассмотрения претензии составляет пятнадцать календарных дней с даты ее получения. В случае невозможности урегулирования спора в претензионном порядке спор подлежит рассмотрению в судебном порядке.

12. В случаях, не урегулированных настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

13. К настоящему Договору прилагаются:

- копия трудового договора;
- копия паспорта;
- копии документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика;
- копия документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации;
- копия документа, подтверждающего изменение фамилии (имени, отчества) (в случае если фамилия, имя или отчество изменялись);
- копия трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- копия документов об образовании;
- копия приказа о приеме на работу в Учреждение;
- копия договора о целевом обучении (целевой подготовке) - для медицинских работников, выполнивших обязательства, связанные с целевым обучением (целевой подготовкой), при условии заключения им трудового договора с Учреждением, укомплектованность штата которого составляет менее 60 процентов, а также для медицинских работников выполнивших обязательства, связанные с целевым обучением (целевой подготовкой), и продолживших работу в том же Учреждении, расположенном в сельском населенном пункте, либо рабочем поселке, либо поселке городского типа,

либо городе с населением до 50 тыс. человек на территории Сахалинской области;

- реквизиты кредитной организации и банковского счета (банковской карты), открытого(-ой) в российской кредитной организации. В случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты «МИР», предоставляются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР».

Копии документов, прилагаемых к настоящему Договору, должны быть заверены организацией.

14. Местонахождение, реквизиты и подписи Сторон:

Министерство	Учреждение	Медицинский работник
адрес места нахождения	адрес места нахождения	Ф.И.О.
ИНН/КПП	ИНН/КПП	
ОГРН	ОГРН	адрес
ОКТМО	ОКТМО	паспорт
л/сч	л/сч	банковские реквизиты
		телефон
(подпись)	(подпись)	(подпись)
(должность, фамилия, инициалы) М.П.	(должность, фамилия, инициалы) М.П.	(фамилия, инициалы)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

Утверждена приказом министерства
здравоохранения Сахалинской
области
от 08.02.2024 № 1-3.13-72/24

ФОРМА

Министру здравоохранения
Сахалинской области

Ф.И.О.

Заявление

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (полностью), дата рождения, адрес проживания

заявителя, номер паспорта, сведения о дате выдачи

указанного документа и выдавшем его органе)

прошу заключить договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в размере _____ рублей <*> (далее - выплата), установленной государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 постановлением Правительства Сахалинской области от 19.12.2023 № 633 «Об утверждении Порядка 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 поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек».

<*> *Примечание: указывается размер единовременной компенсационной выплаты: 2 млн. рублей для врачей и 1 млн. рублей для фельдшеров, а также акушерок и медицинских сестер фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывших (переехавших) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, расположенные на территории Сахалинской области;*

1 млн. рублей для врачей и 0,5 млн. рублей для фельдшеров, а также акушерок и медицинских сестер фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских

пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывших (переехавших) на работу в города с населением до 50 тыс. человек, расположенные на территории Сахалинской области.

Трудовой договор по должности
 заключен «__» _____ 20__ г. с медицинским Учреждением

(наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области)

Единовременную компенсационную выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения выплаты свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24, ИНН 6501024966) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена и (или) отчества в случае их изменения); пол, возраст; дата и место рождения; паспортные данные; данные о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации; сведения об идентификационном номере налогоплательщика; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; номер домашнего и мобильного телефона, анкетные и биографические данные, сведения об образовании и повышении квалификации, сведения о трудовой деятельности; сведения о банковском счете, открытом в российской кредитной организации (в случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты «МИР», предоставляются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР»).

Я ознакомлен(-а) с тем, что:
 согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания согласия до выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на министерство здравоохранения Сахалинской области полномочий и обязанностей;
 отзыв согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации;

персональные данные хранятся в министерстве здравоохранения Сахалинской области в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

персональные данные, представляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения, возложенных законодательством Российской Федерации на министерство здравоохранения Сахалинской области полномочий и обязанностей.

Своей подписью удостоверяю, что ранее мною не заключался договор на получение единовременной компенсационной выплаты в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» или государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении _____ (имею/не имею).

Контактная информация: телефон: _____ e-mail: _____

Заявитель: _____

(подпись, фамилия, имя, отчество (полностью) и дата подачи заявления)