



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 16.12.2024 № 1-3.13-1036/24

г. Южно-Сахалинск

Об утверждении форм документов, оформляемых при заключении договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области

В соответствии с подпунктами 3.40, 3.44, 3.45 пункта 3 Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденного постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183, приказываю:

1. Утвердить:

- форму заявления о направлении ходатайства о заключении договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

- форму ходатайства о заключении договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

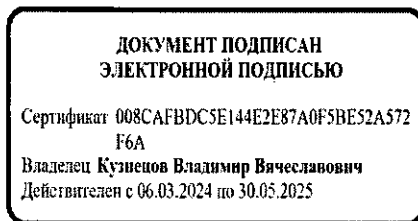
- форму договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования и распространяет своё действие на правоотношение возникшие с 1 июня 2024 года.

1-3.13-1189/24(п) (4.0)

3. Опубликовать настоящий приказ на официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) и разместить на официальном сайте министерства здравоохранения Сахалинской области.

Министр
здравоохранения
Сахалинской области



В.В. Кузнецов

Приложение № 1
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1036/24

ФОРМА

(наименование работодателя, должность, ФИО
руководителя)
ОТ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя
полностью)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о направлении ходатайства о заключении договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области

Прошу направить в министерство здравоохранения Сахалинской области (далее – Министерство) ходатайство о заключении со мной договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области в целях получения дополнительных социальных гарантий, предусмотренных подпунктом 2.7 Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденного 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».

Соответствую условиям для заключения договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области¹:

занимаю должность специалиста со средним профессиональным (медицинским) образованием по основному месту работы в медицинской организации, подведомственной Министерству, на условиях полного рабочего дня:

(указать место работы: наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием наименования учреждения здравоохранения, структурного подразделения, населенного пункта согласно трудовому договору)

прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 01 июня 2024 года

(указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

впервые трудоустроен на должность среднего медицинского персонала на условиях полного рабочего дня после окончания государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Сахалинский базовый медицинский колледж» после 01 июня 2024 года.

¹ Нужно отметить любым знаком

не получал единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство, предусмотренной подпунктом 2.5 пункта 2 Положения № 183 для медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством;

не получал и не получает компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений / компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), предусмотренных подпунктом 2.4 пункта 2 Положения № 183 для лиц, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством;

не получал меры поддержки в форме пособия за счет средств областного бюджета Сахалинской области, установленной квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области в соответствии с постановлением Правительства Сахалинской области от 29.07.2016 № 372 «О пособии квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области»;

не заключал договор о кадровом обеспечении, договор о кадровом обеспечении первичного звена, договор о кадровом обеспечении в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области с Министерством.

Обязуюсь осуществлять трудовую деятельность в соответствии с квалификацией в государственном учреждении здравоохранения Сахалинской области не менее пяти лет с даты заключения договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области.

ДАЮ СОГЛАСИЕ Министерству здравоохранения Сахалинской области (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), необходимого заключения договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области. 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 Министерством решениях о заключении договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области либо об отказе в заключении договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области прошу уведомлять²:

на адрес электронной почты _____;

почтовым отправлением на адрес _____;

посредством вручения в Министерстве мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

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

² Нужно отметить любым знаком

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1036/24

ФОРМА

Заполняется на бланке государственного учреждения Сахалинской области

« » _____ 20 №

Министерство здравоохранения
Сахалинской области

ХОДАТАЙСТВО

о заключении договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области

_____ (наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области)

(далее – Учреждение, Учреждение - работодатель), ходатайствует о заключении между Учреждением, министерством здравоохранения Сахалинской области (далее – Министерство) и

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника полностью)

_____ работающим(ей) в должности

_____ (наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием структурного подразделения и населенного пункта согласно трудовому договору)

_____ осуществляющим трудовую деятельность по основному месту работы на условиях полного рабочего дня (далее – медицинский работник), договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области, предусмотренного 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 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских

работников и порядке их предоставления» (далее соответственно – Договор, Положение № 183).

Трудовой договор от _____ № _____.

Сведения об образовании медицинского работника (с указанием реквизитов подтверждающих документов): _____

Медицинский работник¹:

прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 01 июня 2024 года

_____ (указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

впервые трудоустроен на должность среднего медицинского персонала на условиях полного рабочего дня после окончания государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Сахалинский базовый медицинский колледж» после 01 июня 2024 года.

письменно подтвердил, что единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство, предусмотренной подпунктом 2.5 пункта 2 Положения № 183 для медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством, не получал;

письменно подтвердил, что не получал и не получает компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений / компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), предусмотренных подпунктом 2.4 пункта 2 Положения № 183 для лиц, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством;

письменно подтвердил, что ранее меры поддержки в форме пособия за счет средств областного бюджета Сахалинской области, установленной квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области в соответствии с постановлением Правительства Сахалинской области от 29.07.2016 № 372 «О пособии квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место

¹ Нужно отметить любым знаком

жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области» не получал;

не заключал договор о кадровом обеспечении, договор о кадровом обеспечении первичного звена, договор о кадровом обеспечении в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области с Министерством;

дал согласие на обработку Министерством его персональных данных.

Способ уведомления медицинского работника о принятых в отношении него Министерством решениях о заключении Договора либо об отказе в заключении Договора согласно Заявлению о направлении ходатайства о заключении Договора²:

на адрес электронной почты _____;

почтовым отправлением на адрес _____;

посредством вручения в Министерстве ему лично.

Характеристика медицинского работника _____

(указывается характеристика медицинского работника с содержанием информации о выполняемом объеме работы, об установленных трудовым договором показателях эффективности деятельности и их выполнении, о соблюдении принципов медицинской этики и деонтологии, отсутствии дисциплинарных взысканий и обоснованных жалоб пациентов)

Примечание: Учреждение - работодатель направляет в Министерство с сопроводительным письмом настоящее ходатайство с приложением следующих документов:

- три экземпляра проекта Договора, подписанных медицинским работником и руководителем учреждения - работодателя, по форме, утверждаемой Министерством;
- копии паспорта медицинского работника;
- копии трудового договора по основному месту работы медицинского работника;
- копии документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика (медицинского работника);
- копии документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (медицинского работника);
- копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности медицинского работника, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

В сопроводительном письме указывается перечень прилагаемых документов.

² Нужно отметить любым знаком

Все копии прилагаемых документов должны быть заверены Учреждением - работодателем.

Ответственность за достоверность и полноту представляемых Учреждением - работодателем сведений и документов, возлагается на Учреждение - работодателя.

Руководитель Учреждения - работодателя

подпись)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии),

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 16.12.2024 № 1-3.13-1036/24

ФОРМА

ДОГОВОР

**о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом
государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области**

г. Южно-Сахалинск

«__» _____ 20__ г.

Министерство здравоохранения Сахалинской области, именуемое в
дальнейшем «Министерство», в лице _____
(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Положения о Министерстве, утвержденном
постановлением Правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об
утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской
области», с одной стороны,

(наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области,
подведомственного Министерству)
именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице _____
(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава, с другой стороны, и гражданин(ка)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника полностью)

являющийся работником Учреждения, работающим(ей) в должности

(наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием структурного
подразделения и населенного пункта согласно трудовому договору)

осуществляющим трудовую деятельность в соответствии с квалификацией по
основному месту работы на условиях полного рабочего дня по трудовому
договору от _____ № _____,

¹ прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 01 июня 2024 года

(указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

впервые трудоустроен на должность среднего медицинского персонала на условиях полного рабочего дня после окончания государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Сахалинский базовый медицинский колледж» после 01 июня 2024 года; именуемый(ая) в дальнейшем «Медицинский работник», с третьей стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», руководствуясь 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 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления» (далее - Положение № 183), заключили настоящий договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области (далее – Договор) о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору Медицинскому работнику, заключившему трудовой договор с Учреждением по основному месту работы на условиях полного рабочего дня, предоставляются дополнительные социальные гарантии в виде единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство, а также компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) (далее – КРИСМП/КРНСМП) на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Медицинский работник признан соответствующим следующему(им) условиям для заключения настоящего Договора, предусмотренным Положением № 183, на основании протокола рабочей группы по заключению договора о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области.

Медицинский работник путем подписания настоящего договора подтвердил, что:

У единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство, предусмотренной подпунктом 2.5 пункта 2 Положения № 183 для медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством, не получал;

¹ Нужно отметить

У не получал и не получает компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений / компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), предусмотренных подпунктом 2.4 пункта 2 Положения № 183 для лиц, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством;

У ранее меры поддержки в форме пособия за счет средств областного бюджета Сахалинской области, установленной квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области в соответствии с постановлением Правительства Сахалинской области от 29.07.2016 № 372 «О пособии квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области» не получал;

У не заключал договор о кадровом обеспечении, договор о кадровом обеспечении первичного звена, договор о кадровом обеспечении в сфере обязательного медицинского страхования Сахалинской области с Министерством.

2. Порядок предоставления дополнительных социальных гарантий

2.1. Предоставление дополнительных социальных гарантий, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора осуществляется Учреждением по основному месту работы Медицинского работника.

2.2. Предоставление единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство осуществляется Учреждением в срок не позднее последнего дня месяца, следующего за месяцем издания распоряжения Министерства о заключении Договора.

2.3. Решение о назначении (отказе в назначении) или прекращении предоставления КРНСМП/КРИСМП принимается Учреждением путем издания приказа Учреждения.

В случае принятия решения об отказе в назначении или прекращении предоставления КРНСМП/КРИСМП в приказе Учреждения указываются основания для отказа в назначении (прекращении предоставления) КРНСМП/КРИСМП.

2.4. Для принятия решения о назначении КРНСМП Медицинский работник подает в Учреждение заявление по форме согласно приложению № 1 к настоящему Договору с указанием даты начала предоставления КРНСМП, которая не может быть ранее даты трудоустройства в Учреждение по основному месту работы (далее - дата начала предоставления КРНСМП).

К заявлению прилагаются следующие документы:

1) копии паспортов или иных документов, удостоверяющих личность членов семьи Медицинского работника (к членам семьи Медицинского работника применительно к предоставлению КРНСМП 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 Медицинским работником или его супругой (супругом) с собственником жилого помещения (нанимателем – в случае поднайма) или уполномоченным им лицом (с указанием: размера ежемесячной платы за жилое помещение 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).

2.5. Для принятия решения о назначении КРИСМП Медицинский работник подает в Учреждение заявление по форме согласно приложению № 2 к настоящему Договору.

К заявлению прилагаются следующие документы:

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

2) копия действующего договора ипотечного жилищного кредита (займа), заключенного Медицинским работником (членом семьи Медицинского работника) 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).

2.6. Копии документов, указанных в пунктах 2.4, 2.5 настоящего Договора, должны быть заверены в установленном порядке, не заверенные копии представляются с предъявлением оригиналов.

Ответственность за достоверность представляемых Медицинским работником сведений и документов возлагается на Медицинского работника.

2.7. 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 Медицинского работника или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию.

2.8. Решение о назначении КРИСМП / КРИСМП принимается Учреждением в течение 10 рабочих дней после поступления документов, установленных пунктами 2.4, 2.5 настоящего Договора соответственно.

О принятых в отношении Медицинского работника решениях, указанных в пункте 2.3 настоящего Договора, Учреждение уведомляет Медицинского работника в срок не позднее 3 рабочих дней со дня их принятия путем

ознакомления Медицинского работника в письменной форме под роспись с приказом, указанным в пункте 2.3 настоящего Договора.

2.9. Основаниями для отказа в назначении КРНСМП являются:

а) представление не в полном объеме документов, указанных в пункте 2.4 настоящего Договора;

б) указание в заявлении даты начала предоставления КРНСМП ранее даты трудоустройства в Учреждение по основному месту работы;

в) Медицинский работник на дату начала предоставления КРНСМП, указанную им в заявлении на предоставление КРНСМП, 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) Медицинский работник на дату начала предоставления КРНСМП, указанную им в заявлении на предоставление КРНСМП, 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 КРНСМП.

2.10. Основаниями для отказа в назначении КРИСМП являются:

а) представление не в полном объеме документов, указанных в пункте 2.5 настоящего Договора;

б) Медицинский работник 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) Медицинский работник 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;

г) наличие в собственности Медицинского работника либо члена семьи Медицинского работника 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);

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

2.11. В случае назначения КРНСМП / КРИСМП в решении Учреждения указывается дата начала предоставления КРНСМП / КРИСМП.

Выплата КРНСМП / КРИСМП производится с месяца, следующего за месяцем принятия решения о назначении КРНСМП / КРИСМП.

Медицинский работник в срок до 15 числа ежемесячно представляет в Учреждение документы, подтверждающие фактическую оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу).

КРНСМП / КРИСМП производится на банковский счет, указанный в заявлении на предоставление КРНСМП / КРИСМП, не позднее последнего числа месяца представления в Учреждение документов, указанных в абзаце 3 настоящего пункта.

2.12. КРНСМП / КРИСМП производится в размере фактических расходов, но не более 20000 рублей в месяц, за исключением территории Курильских островов.

КРНСМП / КРИСМП на территории Курильских островов производится в размере фактических расходов, но не более 45000 рублей в месяц.

2.13. В случае оплаты стоимости найма (поднайма) жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) за неполный месяц, КРНСМП / КРИСМП производится в сумме не более предельной суммы, указанной в пункте 2.12 настоящего Договора, 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 КРНСМП / КРИСМП возмещается Медицинским работником в месячный срок со дня получения требования Учреждения о ее возврате.

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

2.14. Основания для прекращения предоставления КРНСМП / КРИСМП.

2.14.1. Общими основаниями для прекращения предоставления КРНСМП / КРИСМП являются:

а) истечение срока предоставления КРНСМП / КРИСМП, указанного в пункте 2.16 настоящего Договора;

б) прекращение трудового договора по основному месту работы;

в) получение Медицинским работником 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 КРНСМП / КРИСМП.

2.14.2. Дополнительными основаниями для прекращения предоставления КРНСМП являются:

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

б) предоставление Медицинскому работнику 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 Медицинского работника от получения КРНСМП на основании его заявления, направленного в Учреждение с указанием даты прекращения предоставления КРНСМП, составленного в произвольной форме.

2.14.3. Дополнительными основаниями для прекращения предоставления КРИСМП являются:

а) прекращение договора ипотечного жилищного кредита (займа);

б) предоставление Медицинскому работнику 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.

2.15. Предоставление КРНСМП / КРИСМП прекращается с месяца, следующего за месяцем возникновения оснований, указанных в пункте 2.14 настоящего Договора.

2.16. Срок предоставления КРНСМП составляет 5 лет с даты начала предоставления КРНСМП.

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

Срок предоставления КРНСМП/КРИСМП в совокупности составляет не более 5 лет с даты начала предоставления любой из них.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Медицинский работник обязуется:

3.1.1. Осуществлять трудовую в соответствии с квалификацией по основному месту работы в Учреждении на условиях полного рабочего дня не менее 5 (пяти) лет с даты заключения настоящего Договора.

В указанный срок по осуществлению трудовой деятельности не включаются:

- время отсутствия работника на работе без уважительных причин, в том числе вследствие его отстранения от работы в случаях, предусмотренных федеральным законодательством;

- время отпусков по уходу за ребенком до достижения им установленного законом возраста;

- время прохождения военной службы, а также время со дня окончания службы до даты трудоустройства;

- время с даты увольнения из одного подведомственного Министерству Учреждения до даты трудоустройства в другое подведомственное Министерству Учреждение (в случае изменения места работы по согласованию с Министерством, с внесением в Договор изменений в части замены стороны по Договору с одного подведомственного Министерству Учреждения на другое подведомственное Министерству Учреждение).

3.1.2. Уведомить в письменной форме Министерство и Учреждение об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии), о прекращении трудового договора по основному месту работы, и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих изменений.

3.1.3. В срок до 15 числа ежемесячно предоставлять в Учреждение документы, подтверждающие фактическую оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения/ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу).

3.1.4. Уведомить в письменной форме Учреждение с приложением подтверждающих документов в 10-дневный срок со дня наступления обстоятельств:

- о получении Медицинским работником 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;

при предоставлении Медицинскому работнику КРНСМП:

- о прекращении договора найма (поднайма) жилого помещения (без заключения нового договора найма (поднайма) жилого помещения);

- о предоставлении медицинскому работнику 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;

при предоставлении Медицинскому работнику КРИСМП:

- о прекращении договора ипотечного жилищного кредита (займа);

- о предоставлении Медицинскому работнику 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.

3.1.5. Возместить денежные средства, полученные на обустройство, пропорционально количеству неотработанных месяцев по осуществлению трудовой деятельности, в случае неисполнения медицинским работником обязательств, предусмотренных пунктом 2.1.1 настоящего Договора (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), в течение 10 рабочих дней с даты увольнения из Учреждения по реквизитам, полученным в Министерстве/Учреждении.

3.1.6. Возвратить излишне выплаченные суммы КРНСМП/КРИСМП в месячный срок со дня получения требования Учреждения о их возврате.

3.2. Медицинский работник вправе:

2.2.1. Получать от Учреждения и Министерства информацию о предоставлении дополнительных социальных гарантиях, предусмотренных настоящим Договором и Положением № 183, порядке их получения.

3.2.2. Обращаться в Министерство с мотивированным ходатайством о возможности изменения места работы путем увольнения из одного подведомственного Министерству Учреждения и трудоустройства в другое подведомственное Министерству Учреждения и внесения по соглашению сторон изменений в настоящий Договор в части замены Стороны по Договору изменения места осуществления трудовой деятельности, при наличии достаточных оснований.

3.2.3. Отказаться от получения КРНСМП путем подачи заявления на имя руководителя Учреждения, составленного в произвольной форме с указанием даты прекращения предоставления КРНСМП, и в течение 5 лет с даты начала предоставления КРНСМП подать заявление о назначении ему КРИСМП и документы, предусмотренные пунктом 2.5 настоящего Договора, которые рассматриваются по правилам, установленным настоящим Договором, при этом повторное заключение Договора не требуется.

3.3. Министерство обязуется:

3.3.1. Уведомить Медицинского работника об изменении своего наименования, места нахождения и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих изменений.

3.3.2. Информировать Медицинского работника о реквизитах для возмещения денежных средств, полученные на обустройство, в случае, указанном в пункте 3.1.5 настоящего Договора.

3.4. Министерство вправе:

3.4.1. Вносить изменения в настоящий Договор по соглашению Сторон.

3.4.2. Взыскать невозвращенные средства, указанные в пункте 3.1.5 настоящего Договора, в судебном порядке.

3.4.3. Требовать возврата выплаченных сумм при установлении факта недостоверности информации, представленной для установления дополнительных социальных гарантий, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора.

3.5. Учреждение обязуется:

3.5.1. Уведомить Министерство о наступлении обстоятельств, являющихся основанием для прекращения предоставления КРНСМП/КРИСМП, указанные в подпунктах «б», «г» пункта 2.14 настоящего Договора.

3.5.2. Уведомить Медицинского работника об изменении своего наименования, места нахождения и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих изменений.

3.6. Учреждение вправе:

3.6.1. Направлять предложения Министерству о внесении изменений в настоящий Договор.

3.6.2. Взыскать невозвращенные средства, указанные в пункте 3.1.6 настоящего Договора, в судебном порядке.

4. Ответственность сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение своих обязательств, указанных в настоящем Договоре, в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Стороны освобождаются от исполнения обязательств по настоящему Договору и от ответственности за их неисполнение при наличии оснований, установленных законодательством Российской Федерации.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящий договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для Министерства, Учреждения и Медицинского работника.

5.2. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств, предусмотренных Договором.

5.3. Любое уведомление, которое одна сторона направляет другой стороне в соответствии с настоящим Договором, направляется в письменной форме по почте или факсимильной связью с последующим представлением оригинала.

5.4. Медицинский работник путем подписания настоящего Договора дает согласие Министерству (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 дополнительных социальных гарантий, предусмотренных

пунктом 1.1 настоящего Договора. 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.

5.5. Внесение изменений в настоящий Договор оформляется дополнительными соглашениями к нему.

5.6. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

6. Реквизиты Сторон

6.1. Министерство: 693020, г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24, тел.: (4242) 671-290, 671-334, 671-295, факс: (4242) 438-738, адрес электронной почты: zdrav@sakhalin.gov.ru; ОГРН 1026500527316, ИНН 6501024966, КПП 650101001.

6.2. Учреждение: _____
адрес _____
телефон/факс _____, адрес электронной почты: _____
ОГРН _____, ИНН _____, КПП _____.

6.3. Медицинский работник: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
паспортные данные: _____
(серия, номер, кем и когда выдан)

адрес _____,
телефон _____, адрес электронной почты: _____.

6. Подписи Сторон:

Медицинский
работник:

Учреждение:

Министерство:

(наименование должности)

(наименование должности)

(подпись, Ф.И.О.)

(подпись, Ф.И.О.)
М.П.

(подпись, Ф.И.О.)
М.П.

ДОГОВОР СОГЛАСОВАН:

Наименование структурного подразделения	Ф.И.О.	Подпись
Отдел кадровой политики и государственной гражданской службы		
Отдел правового обеспечения		
Финансово-экономический департамент		

Приложение № 1 к Договору
ФОРМА

(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 средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области

Прошу с «__» _____ 20__ года² предоставить компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения, устанавливаемую среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области, заключившему с министерством здравоохранения Сахалинской области договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений 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 – КРНСМП, Положение).

С Положением ознакомлен(а).

Подтверждаю, что на дату начала предоставления КРНСМП, 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 _____

² Дата начала предоставления КРНСМП не может быть ранее даты трудоустройства в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области.

_____ (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 функцию³;

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;

³ К членам семьи заявителя относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети.

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

В целях получения дополнительных социальных гарантий в виде КРНСМП:
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 КРНСМП. 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 КРНСМП, об отказе в назначении КРНСМП, прекращении предоставления КРНСМП прошу уведомлять посредством⁴:

на адрес электронной почты _____;

почтовым отправлением на адрес _____;

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):

⁴ Нужно отметить любым знаком

Приложение № 2 к Договору
ФОРМА

(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 средним медицинским персоналом государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области

Прошу предоставить компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), устанавливаемую среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области, заключившему с министерством здравоохранения Сахалинской области договор о кадровом обеспечении средним медицинским персоналом государственных учреждений 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 - КРИСМП, 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. № _____ заключён (Медицинским работником / 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: _____;

6) 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 области⁵;

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»)

⁵ К членам семьи заявителя относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети.

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 КРИСМП:
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 КРИСМП. 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 КРИСМП, об отказе в назначении КРИСМП, прекращении предоставления КРИСМП прошу уведомлять посредством⁶:

на адрес электронной почты _____;

почтовым отправлением на адрес _____;

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):

⁶ Нужно отметить любым знаком