



ПРАВИТЕЛЬСТВО ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

12 февраля 2018 г.

№ 49-п

г. Тюмень

*Об осуществлении в 2018 году
единовременных компенсационных
выплат отдельным категориям
медицинских работников,
прибывших (переехавших) в 2018
году в сельские населенные пункты,
либо рабочие поселки, либо поселки
городского типа, либо города с
населением до 50 тысяч человек*

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»:

1. Утвердить Положение о предоставлении в 2018 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с высшим образованием (врачам), прибывшим (переехавшим) в 2018 году на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, согласно приложению № 1 к настоящему постановлению.

2. Утвердить Положение о предоставлении в 2018 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам со средним профессиональным образованием (фельдшерам фельдшерско-акушерских пунктов, заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами), прибывшим (переехавшим) в 2018 году на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, согласно приложению № 2 к настоящему постановлению.

3. Определить Департамент здравоохранения Тюменской области уполномоченным исполнительным органом государственной власти Тюменской области на заключение договоров в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2018 году на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек.

4. Действие настоящего постановления распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2018 года.

5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на первого заместителя Губернатора Тюменской области, координирующего и контролирующего деятельность Департамента здравоохранения Тюменской области.

Губернатор области



В.В. Якушев

Приложение № 1
к постановлению Правительства
Тюменской области
от 12 февраля 2018 г. № 49-п

**ПОЛОЖЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ В 2018 ГОДУ ЕДИНОВРЕМЕННЫХ
КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ С ВЫСШИМ
ОБРАЗОВАНИЕМ (ВРАЧАМ), ПРИБЫВШИМ (ПЕРЕЕХАВШИМ) В 2018 ГОДУ
НА РАБОТУ В СЕЛЬСКИЕ НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ, ЛИБО РАБОЧИЕ
ПОСЕЛКИ, ЛИБО ПОСЕЛКИ ГОРОДСКОГО ТИПА, ЛИБО ГОРОДА С
НАСЕЛЕНИЕМ ДО 50 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК**

1. Единовременная компенсационная выплата в размере одного миллиона рублей (далее - выплата) предоставляется в 2018 году медицинским работникам с высшим образованием (врачам) государственных учреждений здравоохранения Тюменской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее — медицинская организация), в возрасте до 50 лет, являющимся гражданами Российской Федерации, которые в 2018 году прибыли на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, или переехали в указанный период на работу в сельский населенный пункт, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек (далее - медицинский работник).

Выплата предоставляется медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, на должности врачей, перечисленные в программном реестре должностей, утвержденном Департаментом здравоохранения Тюменской области (далее - Департамент).

Право на получение выплаты предоставляется медицинскому работнику один раз за весь период трудовой деятельности. Выплата не предоставляется медицинским работникам, имеющим не исполненные обязательства по договору о целевом обучении.

Выплата не предоставляется, если медицинский работник возвратил часть ранее полученной выплаты в связи с прекращением трудового договора с соответствующей медицинской организацией до истечения пятилетнего срока, а затем вновь переехал на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек.

Выплата не предоставляется, если медицинский работник повторно переехал (трудоустроился) на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек, где он ранее работал в медицинской организации.

Выплата не предоставляется, если медицинский работник переехал на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек из другого

сельского населенного пункта либо рабочего поселка, либо поселка городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, где он ранее работал в медицинской организации.

Выплата устанавливается и выплачивается медицинскому работнику только по основному месту работы, работающему на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленного в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в программный реестр должностей.

Медицинский работник обязан исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения договора, указанного в пункте 6 настоящего Положения, на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106-107 Трудового кодекса Российской Федерации). Под периодом неисполнения трудовой функции в настоящем постановлении понимается период, когда медицинский работник свободен от исполнения трудовых обязанностей, но за ним сохраняется его место работы и должность.

Выплата предоставляется медицинским работникам при условии заключения ими трехстороннего договора, указанного в пункте 6 настоящего Положения.

Настоящее Положение, программный реестр должностей, а также информация об уполномоченном органе - Департаменте размещается в сети Интернет на Официальном портале органов государственной власти Тюменской области www.admtyumen.ru.

2. Медицинский работник в течение 30 рабочих дней со дня заключения трудового договора с медицинской организацией, но не позднее 31 декабря текущего года, подает в медицинскую организацию заявление о предоставлении выплаты по форме в соответствии с приложением № 1 к настоящему Положению, в котором указывает:

- а) фамилию, имя, отчество, дату рождения заявителя;
- б) сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи);
- в) сведения о документе о высшем образовании заявителя (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи);
- г) наименование медицинской организации, в которой заявитель осуществляет трудовую деятельность (в случае работы в структурном подразделении учреждения - наименование структурного подразделения), место работы в соответствии с трудовым договором, занимаемая должность, дата заключения трудового договора;
- д) адрес места жительства заявителя в сельском населенном пункте либо рабочем поселке, либо поселке городского типа, либо городе с населением до 50 тысяч человек по месту работы, адрес постоянного места жительства заявителя до принятия на работу в вышеуказанную медицинскую организацию;

е) согласие на заключение договора, указанного в пункте 6 настоящего Положения;

ж) номер телефона, почтовый (электронный) адрес, на который должно быть направлено уведомление о принятом решении;

з) согласие на обработку персональных данных.

Медицинские работники, прибывшие (переехавшие) в 2018 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек и заключившие трудовые договоры с медицинскими организациями до вступления в силу настоящего постановления, подают в медицинские организации заявление о предоставлении выплаты в течение 30 рабочих дней со дня вступления настоящего постановления в силу.

2.1. Медицинская организация, заключившая трудовой договор с медицинским работником:

1) регистрирует заявление медицинского работника, указанное в пункте 2 настоящего Положения, в день поступления в медицинскую организацию;

2) проверяет правильность заполнения и достоверность сведений, указанных в заявлении медицинского работника;

3) в течение десяти рабочих дней со дня поступления от медицинского работника заявления направляет его с сопроводительным письмом в Департамент с приложением следующих документов:

а) копия документа, удостоверяющего личность медицинского работника;

б) копия документа о высшем медицинском образовании медицинского работника;

в) копия действующего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации медицинского работника;

г) заверенная работодателем копия трудовой книжки медицинского работника;

д) заверенная работодателем копия трудового договора медицинского работника.

3. Медицинский работник несет ответственность за достоверность сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты.

4. Департамент регистрирует заявление медицинского работника, указанное в пункте 2 настоящего Положения, в день поступления в Департамент.

Департамент в течение 15 рабочих дней со дня поступления заявления медицинского работника о предоставлении выплаты, соответствующего требованиям, указанным в пункте 2 настоящего Положения, а также документов, указанных в пункте 2.1 настоящего Положения, рассматривает заявление, проверяет наличие и достоверность предоставленных документов и принимает решение о предоставлении выплаты или об отказе в ее предоставлении путем направления медицинскому работнику уведомления о принятом решении на указанный им почтовый (электронный) адрес.

При принятии решения о предоставлении выплаты в уведомлении указывается срок заключения договора, указанного в пункте 6 настоящего Положения (не более 10 рабочих дней со дня принятия решения, указанного в абзаце первом настоящего пункта).

При принятии решения об отказе в предоставлении выплаты в уведомлении указывается причина отказа. Медицинский работник вправе повторно в течение 2018 года обратиться с заявлением о предоставлении выплаты и документами, указанными в пункте 2.1 настоящего Порядка, после устранения указанных несоответствий.

5. Основаниями для отказа в предоставлении выплаты являются:

а) выявление недостоверных сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты (под недостоверными сведениями понимается наличие искажений и неточностей в содержании предоставленных документов);

б) несоответствие медицинского работника, подавшего заявление о предоставлении выплаты, требованиям пункта 1 настоящего Положения;

в) непредоставление или неполное предоставление документов, указанных в пунктах 2, 2.1 настоящего Положения.

6. Между медицинским работником, Департаментом и медицинской организацией, с которой медицинским работником заключен трудовой договор, заключается трехсторонний договор (далее - договор) по форме согласно приложению N 2 к настоящему Положению, предусматривающий:

а) обязанность медицинского работника в течение пяти лет со дня заключения договора работать по основному месту работы на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленного в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации и трудовым договором, заключенным медицинским работником с соответствующей медицинской организацией, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в программный реестр должностей;

б) обязанность медицинского работника исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения договора на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106-107 Трудового кодекса Российской Федерации).

в) порядок перечисления медицинскому работнику средств выплаты в течение 30 рабочих дней со дня заключения договора на счет, открытый медицинским работником в кредитной организации;

г) обязанность медицинского работника возратить часть выплаты в случае прекращения трудового договора с соответствующей медицинской организацией до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность, поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам, рассчитанную с даты прекращения (изменения) трудового

договора, пропорционально неотработанному периоду, а также выплатить штраф в размере 50 % от части единовременной компенсационной выплаты, подлежащей возврату, с указанием реквизитов счета для возврата средств;

д) обязанность медицинского работника возвратить часть выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному периоду, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (пункт 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника).

В случае если медицинский работник принимает решение о продлении срока действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей, он за 10 рабочих дней до расторжения трудового договора направляет в Департамент заявление о заключении дополнительного соглашения к договору о продлении срока действия договора.

е) ответственность медицинского работника за неисполнение обязанностей, предусмотренных данным договором, в том числе по возврату выплаты в случаях, указанных в подпунктах «г» и «д» настоящего пункта.

7. Департамент в срок, установленный договором, перечисляет средства на счет, открытый медицинским работником в кредитной организации.

8. В случае прекращения трудового договора медицинского работника с соответствующей медицинской организацией до истечения пятилетнего срока медицинская организация обязана уведомить об этом Департамент в течение 1 рабочего дня со дня прекращения трудового договора с указанием основания его прекращения.

Медицинский работник при этом обязан произвести возврат части выплаты и выплатить штраф в размере 50 % от части единовременной компенсационной выплаты, подлежащей возврату, в соответствии с подпунктом «г» пункта 6 настоящего Положения или произвести возврат части выплаты в соответствии с подпунктом «д» пункта 6 настоящего Положения в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора на лицевой счет Департамента.

9. Течение пятилетнего срока, установленного в подпунктах «а» и «б» пункта 6 настоящего Положения, не возобновляется в случае, если медицинский работник уволился из медицинской организации и затем вновь трудоустроился в данную медицинскую организацию.

10. Департамент осуществляет контроль за соблюдением условий для осуществления выплат, установленных постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 №1640. «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Приложение N1
к Положению о предоставлении в 2018 году
единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам с высшим образованием (врачам),
прибывшим (переехавшим) в 2018 году на работу
в сельские населенные пункты, либо рабочие
поселки, либо поселки городского типа, либо
города с населением до 50 тысяч человек

ФОРМА
ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
ЕДИНОВРЕМЕННОЙ КОМПЕНСАЦИОННОЙ ВЫПЛАТЫ

Директору Департамента
здравоохранения Тюменской области

от _____
(Ф.И.О., дата рождения)

паспорт _____
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить единовременную компенсационную выплату в
размере одного миллиона рублей.

1. Сведения о документе о высшем образовании заявителя:

_____ (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи)

2. Место работы в соответствии с трудовым договором:

2.1. Полное наименование учреждения

_____ 2.2. Наименование структурного подразделения

_____ 2.3. Занимаемая должность _____

_____ 2.4. Приказ о приеме на работу от _____ N _____

_____ 2.5. Трудовой договор от _____ N _____

3. Адрес места жительства в сельском населенном пункте либо
рабочем поселке, либо поселке городского типа, либо городе с населением до
50 тысяч человек по месту работы

_____ (индекс, наименование населенного пункта, улица, дом, квартира)

4. Адрес постоянного места жительства

_____ (указывается в соответствии с паспортом)

5. На заключение трехстороннего договора об осуществлении
единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику с
высшим медицинским образованием (врачу) _____
(согласен(-а)/не согласен(-а))

6. На обработку персональных данных _____
(согласен(-а)/не согласен(-а))

7. Контактная информация: телефон _____
e-mail _____
почтовый адрес _____

" ____ " _____ 201__ г. _____ / _____
подпись (Ф.И.О. полностью)

Согласие
на обработку персональных данных медицинского работника

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

при подаче заявления для получения единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику с высшим медицинским образованием, прибывшему (переехавшему) в 2018 году, на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек в Департамент здравоохранения Тюменской области (далее - Оператор), находящийся по адресу: 625048, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку моих персональных данных Оператором в целях осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных, входящих в следующий перечень общедоступных сведений:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Номер телефона и адрес электронной почты.
3. Сведения о профессии, должности, образовании.
4. Иные сведения, специально предоставленные мной для осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных предоставлено с учетом пункта 2 статьи 6 и пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", в соответствии с которыми обработка персональных данных может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания на срок действия служебного контракта (трудового договора) с Оператором и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

" ____ " _____ 201__ г. _____ / _____
подпись (Ф.И.О. полностью)

Приложение N2
к Положению о предоставлении в 2018 году
единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам с высшим образованием (врачам),
прибывшим (переехавшим) в 2018 году на работу
в сельские населенные пункты, либо рабочие
поселки, либо поселки городского типа, либо
города с населением до 50 тысяч человек

ФОРМА ДОГОВОРА

ДОГОВОР N _____

об осуществлении в 2018 году единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам с высшим образованием (врачам), прибывшим
(переехавшим) в 2018 году на работу в сельские населенные пункты, либо
рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города
с населением до 50 тысяч человек

г. Тюмень

" ____ " _____ 201__ г.

Департамент здравоохранения Тюменской области в лице
директора Департамента здравоохранения Тюменской области
_____, действующего на основании Положения
о Департаменте, утвержденного постановлением Правительства
Тюменской области от 24.12.2007 N 320-п, именуемый в дальнейшем
"Департамент", с одной стороны, и _____,
(наименование организации)

в лице главного врача _____,
действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем "Учреждение",
со второй стороны, и гр. _____
(Ф.И.О. получателя)

паспорт серии _____ N _____, выданный _____,
_____,
(кем и когда)

именуемый(ая) в дальнейшем "Получатель", с третьей стороны, заключили
настоящий трехсторонний договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Предоставление в 2018 году единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам с высшим образованием (врачам), прибывшим
(переехавшим) в 2018 году на работу в сельские населенные пункты, либо
рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до
50 тысяч человек, в соответствии с Положением о предоставлении в 2018 году
единовременных компенсационных выплат медицинским работникам с
высшим образованием (врачам), прибывшим (переехавшим) в 2018 году на
работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки
городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек (далее —
Положение).

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Департамент обязуется:

2.1.1. В течение тридцати рабочих дней со дня заключения договора, при условии предоставления Получателем реквизитов счета, открытого в кредитной организации, перечислить денежные средства в размере одного миллиона рублей на счет Получателя, в соответствии с пунктом 6 Положения.

2.1.2. Заключить дополнительное соглашение с Получателем и Учреждением о продлении срока действия данного договора на период неисполнения трудовой функции Получателя, в соответствии с абзацем 8 пункта 1 и подпунктом «б» пункта 6 Положения.

2.1.3. Перечислить Получателю средства, указанные в пункте 2.1.1, на указанные им реквизиты, включающие:

банк получателя; БИК; номер корреспондентского счета (к/с); ИНН Банка; КПП Банка; наименование получателя; расчетный счет получателя; номер банковской карты получателя (при наличии);

2.1.4. В случае невозврата денежных средств Получателем в добровольном порядке в срок, установленный пунктом 8 Положения, истребовать в судебном порядке полученные средства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.5. В случае установления факта предоставления Получателем недостоверных сведений (под недостоверными сведениями понимается наличие в их содержании не соответствующих действительности сведений, искажений и неточностей), на основании которых Получателю была предоставлена выплата, направить в течение трех рабочих дней со дня установления такого факта Получателю и Учреждению уведомление о расторжении Договора в одностороннем порядке по инициативе Департамента, содержащее требование о возврате денежных средств в полном объеме.

2.2. Учреждение обязуется:

2.2.1 Уведомить Департамент за две недели о намерении Получателя прекратить трудовые отношения с Учреждением до истечения пятилетнего срока.

2.2.2. В случае прекращения трудового договора между Получателем и Учреждением до истечения пятилетнего срока отработки в течение 1 рабочего дня со дня прекращения трудового договора уведомить Департамент с указанием основания его прекращения.

2.2.3. В случае увольнения Получателя уведомить его до предстоящего увольнения о последствиях увольнения, в том числе о необходимости возврата части и штрафа, указанного в пункте 2.3.11 настоящего договора.

2.2.4. Ежемесячно в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным, уведомлять Департамент об освобождении Получателя от исполнения трудовых обязанностей, при сохранении за ним рабочего места и должности (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106-107 Трудового кодекса Российской Федерации) и заключать дополнительные соглашения с Получателем и Департаментом о продлении срока действия данного договора в соответствии с абзацем 8 пункта 1 и подпунктом «б» пункта 6 Положения.

2.2.5. В случае обнаружения недостоверных сведений, предоставленных Получателем, направить в адрес Департамента информацию о предоставлении недостоверных сведений с приложением подтверждающих документов в течение трех рабочих дней со дня обнаружения.

2.3. Получатель обязуется:

2.3.1. Предоставлять Учреждению при трудоустройстве достоверные сведения, которые подтверждают его право на получение единовременной компенсационной выплаты.

2.3.2. В течение 5 лет работать по основному месту работы на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленного в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, и трудовым договором, заключенным медицинским работником с соответствующим Учреждением, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в программный реестр должностей. Течение пятилетнего срока приостанавливается на период неисполнения Получателем трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106-107 Трудового кодекса Российской Федерации).

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

2.3.3. Заключить дополнительное соглашение с Департаментом и Учреждением о продлении срока действия данного договора на период неисполнения трудовой функции, в соответствии с абзацем 8 пункта 1 и подпунктом «б» пункта 6 Положения.

2.3.4. При изменении реквизитов Получателя, указанных в разделе 5 настоящего договора, проинформировать Департамент в течение 3 рабочих дней с даты изменения реквизитов.

2.3.5. Информировать Департамент за две недели о своем намерении прекратить трудовые отношения с Учреждением до истечения пятилетнего срока.

2.3.6. Возвратить часть выплаты в случае прекращения трудового договора с Учреждением до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Получателем периоду, а также выплатить штраф, предусмотренный пунктом 2.3.11 настоящего договора, на лицевой счет Департамента в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора.

2.3.7. Возвратить часть выплаты в случае перевода на другую должность, поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам, рассчитанную с даты прекращения (изменения) трудового договора, пропорционально неотработанному Получателем периоду, а также выплатить штраф, предусмотренный пунктом 2.3.11 настоящего договора, на лицевой счет Департамента в течение 30 календарных дней со дня прекращения (изменения) трудового договора.

2.3.8. Возвратить полученные денежные средства в полном объеме на лицевой счет Департамент в течение 30 календарных дней в случае расторжения настоящего договора в соответствии с пунктом 3.3 настоящего договора.

2.3.9. Возвратить часть выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному периоду, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (пункт 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок

действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору Получателя).

В случае если Получатель принимает решение о продлении срока действия договора, он за 10 рабочих дней до расторжения трудового договора обязан направить в Департамент заявление о заключении дополнительного соглашения к договору о продлении срока действия настоящего договора.

В случае если Получатель принимает решение о расторжении данного договора, Получатель возвращает часть выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Получателем периоду, на лицевой счет Департамента в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора.

2.3.10. В случае если выплата подлежит возврату в течение 2018 года, то возврат осуществляется по реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент финансов Тюменской области, л/с 02672005550, Департамент здравоохранения ТО)

ИНН 7202161807 КПП 720301001

БИК 047102001

Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень) Р/с 40201810200000100009 Классификация расходов бюджета:

0909 5900451360 290 360 00000 00000 009

Код ОКТМО 71701000

В случае если выплата подлежит возврату в последующие годы, то возврат осуществляется по реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент здравоохранения Тюменской области л/с 03672005260) ИНН 7202161807 КПП 720301001; Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень) БИК 047102001 р/с 40101810300000010005 Код классификации дохода бюджета: 009 1 13 02992 02 0005 130

ОКТМО 71701000

Штраф, указанный в пункте 2.3.11 настоящего договора, перечисляется по следующим реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент здравоохранения Тюменской области л/с 04672005260)

ИНН 7202161807 КПП 720301001

Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень)

р/с 40101810300000010005

БИК 047102001

код ОКТМО 71701000

Код дохода бюджета: 009 1 16 90020 02 0000 140.

2.3.11. В случае неисполнения Получателем обязанностей, указанных в пункте 2.3.2 настоящего договора, Получатель выплачивает Департаменту штраф в размере 50 % от части единовременной компенсационной выплаты, подлежащей возврату согласно пунктам 2.3.6 и 2.3.7 настоящего договора.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Срок действия настоящего договора устанавливается с _____ 20____ г. по _____ 20____ г.

3.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

3.3. В случае обнаружения Департаментом недостоверных сведений, предоставленных Получателем и (или) Учреждением, настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым со дня, следующего за днем направления Департаментом уведомления о расторжении Договора.

3.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями трех Сторон.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящим договором.

4.2. В случае возникновения в связи с выполнением обязательств по настоящему договору споров они разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия - в судебном порядке, путем обращения иницилирующей стороны в Центральный районный суд города Тюмени.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, чрезвычайных и непредотвратимых, не зависящих от воли сторон.

4.4. Все дополнительные соглашения сторон к настоящему Договору, подписываемые при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

4.5. Договор составлен в трех экземплярах: один экземпляр - Получателю, один экземпляр - Департаменту, один экземпляр - Учреждению.

4.6. Отношения Сторон, не урегулированные настоящим договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Департамент:

Наименование:

Департамент здравоохранения

Тюменской области

Юр. Адрес: г. Тюмень,

ул. Малыгина, 48

тел/ф (3452) 55-78-00

ИНН 7202161807 КПП 720301001

ОГРН 1077203024293

ОКОНХ 97410 ОКВЭД 751121

ОКПО 00090842

Банковские реквизиты:

УФК по Тюменской области

(л/с 02672005550 Департамент

финансов Тюменской области,

Департамент здравоохранения ТО

ЛС001120163ДЗДР)

Р/с 40201810200000100009

БИК 047102001 Отделение по

Тюменской

области Уральского главного

управления

Центрального банка РФ (Отделение

Учреждение:

Наименование:

Юр. Адрес: _____

Факт. Адрес: _____

тел/ф: _____

КПП _____

р/с _____

в _____

л/с N _____

БИК _____

Получатель:

ФИО: _____

Адрес фактического проживания: _____

Тел.: _____

ИНН _____

Страховое свидетельство

обязательного пенсионного

страхования: _____

р/с _____

в _____

л/с N _____

БИК _____

Тюмень)

Директор

_____ (_____)
(Ф.И.О.)

М.П.

Главный врач

_____ (_____)
(Ф.И.О.)

М.П.

_____ (_____)
(Ф.И.О.)

Приложение № 2
к постановлению Правительства
Тюменской области
от 12 февраля 2018 г. № 49-п

**ПОЛОЖЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ В 2018 ГОДУ ЕДИНОВРЕМЕННЫХ
КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ СО
СРЕДНИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ (ФЕЛЬДШЕРАМ
ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ, ЗАВЕДУЮЩИМ ФЕЛЬДШЕРСКО-
АКУШЕРСКИМИ ПУНКТАМИ), ПРИБЫВШИМ (ПЕРЕЕХАВШИМ) В 2018 ГОДУ
НА РАБОТУ В СЕЛЬСКИЕ НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ, ЛИБО РАБОЧИЕ
ПОСЕЛКИ, ЛИБО ПОСЕЛКИ ГОРОДСКОГО ТИПА, ЛИБО ГОРОДА С
НАСЕЛЕНИЕМ ДО 50 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК**

1. Единовременная компенсационная выплата в размере пятисот тысяч рублей (далее - выплата) предоставляется в 2018 году медицинским работникам со средним профессиональным образованием (фельдшерам фельдшерско-акушерских пунктов, заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами) государственных учреждений здравоохранения Тюменской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее — медицинская организация), в возрасте до 50 лет, являющимся гражданами Российской Федерации, которые в 2018 году прибыли на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, или переехали в указанный период на работу в сельский населенный пункт, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек (далее - медицинский работник).

Выплата предоставляется медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, на должности фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов, заведующих фельдшерско-акушерскими пунктами, перечисленные в программном реестре должностей, утвержденном Департаментом здравоохранения Тюменской области (далее - Департамент).

Право на получение выплаты предоставляется медицинскому работнику один раз за весь период трудовой деятельности. Выплата не предоставляется медицинским работникам, имеющим не исполненные обязательства по договору о целевом обучении.

Выплата не предоставляется, если медицинский работник возвратил часть ранее полученной выплаты в связи с прекращением трудового договора с соответствующей медицинской организацией до истечения пятилетнего срока, а затем вновь переехал на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек.

Выплата не предоставляется, если медицинский работник повторно переехал (трудоустроился) на работу в сельский населенный пункт либо

рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек, где он ранее работал в медицинской организации.

Выплата не предоставляется, если медицинский работник переехал на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с населением до 50 тысяч человек из другого сельского населенного пункта либо рабочего поселка, либо поселка городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, где он ранее работал в медицинской организации.

Выплата устанавливается и выплачивается медицинскому работнику только по основному месту работы, работающему на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленного в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в программный реестр должностей.

Медицинский работник обязан исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения договора, указанного в пункте 6 настоящего Положения, на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106-107 Трудового кодекса Российской Федерации). Под периодом неисполнения трудовой функции в настоящем постановлении понимается период, когда медицинский работник свободен от исполнения трудовых обязанностей, но за ним сохраняется его место работы и должность.

Выплата предоставляется медицинским работникам при условии заключения ими трехстороннего договора, указанного в пункте 6 настоящего Положения.

Настоящее Положение, программный реестр должностей, а также информация об уполномоченном органе - Департаменте размещается в сети Интернет на Официальном портале органов государственной власти Тюменской области www.admtyumen.ru.

2. Медицинский работник в течение 30 рабочих дней со дня заключения трудового договора с медицинской организацией, но не позднее 31 декабря текущего года, подает в медицинскую организацию заявление о предоставлении выплаты по форме в соответствии с приложением № 1 к настоящему Положению, в котором указывает:

а) фамилию, имя, отчество, дату рождения заявителя;

б) сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи);

в) сведения о документе о среднем профессиональном образовании заявителя (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи);

г) наименование медицинской организации, в которой заявитель осуществляет трудовую деятельность (в случае работы в структурном подразделении учреждения - наименование структурного подразделения), место работы в соответствии с трудовым договором, занимаемая должность, дата заключения трудового договора;

д) адрес места жительства заявителя в сельском населенном пункте либо рабочем поселке, либо поселке городского типа, либо городе с населением до 50 тысяч человек по месту работы, адрес постоянного места жительства заявителя до принятия на работу в вышеуказанную медицинскую организацию;

е) согласие на заключение договора, указанного в пункте 6 настоящего Положения;

ж) номер телефона, почтовый (электронный) адрес, на который должно быть направлено уведомление о принятом решении;

з) согласие на обработку персональных данных.

Медицинские работники, прибывшие (переехавшие) в 2018 году на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек и заключившие трудовые договоры с медицинскими организациями до вступления в силу настоящего постановления, подают в медицинские организации заявление о предоставлении выплаты в течение 30 рабочих дней со дня вступления настоящего постановления в силу.

2.1. Медицинская организация, заключившая трудовой договор с медицинским работником:

1) регистрирует заявление медицинского работника, указанное в пункте 2 настоящего Положения, в день поступления в медицинскую организацию;

2) проверяет правильность заполнения и достоверность сведений, указанных в заявлении медицинского работника;

3) в течение десяти рабочих дней со дня поступления от медицинского работника заявления направляет его с сопроводительным письмом в Департамент с приложением следующих документов:

а) копия документа, удостоверяющего личность медицинского работника;

б) копия документа о среднем профессиональном медицинском образовании медицинского работника;

в) копия действующего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации медицинского работника;

г) заверенная работодателем копия трудовой книжки медицинского работника;

д) заверенная работодателем копия трудового договора медицинского работника.

3. Медицинский работник несет ответственность за достоверность сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты.

4. Департамент регистрирует заявление медицинского работника, указанное в пункте 2 настоящего Положения, в день поступления в Департамент.

Департамент в течение 15 рабочих дней со дня поступления заявления медицинского работника о предоставлении выплаты, соответствующего требованиям, указанным в пункте 2 настоящего Положения, а также

документов, указанных в пункте 2.1 настоящего Положения, рассматривает заявление, проверяет наличие и достоверность предоставленных документов и принимает решение о предоставлении выплаты или об отказе в ее предоставлении путем направления медицинскому работнику уведомления о принятом решении на указанный им почтовый (электронный) адрес.

При принятии решения о предоставлении выплаты в уведомлении указывается срок заключения договора, указанного в пункте 6 настоящего Положения (не более 10 рабочих дней со дня принятия решения, указанного в абзаце первом настоящего пункта).

При принятии решения об отказе в предоставлении выплаты в уведомлении указывается причина отказа. Медицинский работник вправе повторно в течение 2018 года обратиться с заявлением о предоставлении выплаты и документами, указанными в пункте 2.1 настоящего Порядка, после устранения указанных несоответствий.

5. Основаниями для отказа в предоставлении выплаты являются:

а) выявление недостоверных сведений, указанных в заявлении о предоставлении выплаты (под недостоверными сведениями понимается наличие искажений и неточностей в содержании предоставленных документов);

б) несоответствие медицинского работника, подавшего заявление о предоставлении выплаты, требованиям пункта 1 настоящего Положения;

в) непредоставление или неполное предоставление документов, указанных в пунктах 2, 2.1 настоящего Положения.

6. Между медицинским работником, Департаментом и медицинской организацией, с которой медицинским работником заключен трудовой договор, заключается трехсторонний договор (далее - договор) по форме согласно приложению N 2 к настоящему Положению, предусматривающий:

а) обязанность медицинского работника в течение пяти лет со дня заключения договора работать по основному месту работы на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленного в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации и трудовым договором, заключенным медицинским работником с соответствующей медицинской организацией, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в программный реестр должностей;

б) обязанность медицинского работника исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения договора на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106-107 Трудового кодекса Российской Федерации).

в) порядок перечисления медицинскому работнику средств выплаты в течение 30 рабочих дней со дня заключения договора на счет, открытый медицинским работником в кредитной организации;

г) обязанность медицинского работника возратить часть выплаты в случае прекращения трудового договора с соответствующей медицинской организацией до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев

прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность, поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам, рассчитанную с даты прекращения (изменения) трудового договора, пропорционально неотработанному периоду, а также выплатить штраф в размере 50 % от части единовременной компенсационной выплаты, подлежащей возврату, с указанием реквизитов счета для возврата средств;

д) обязанность медицинского работника возратить часть выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному периоду, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (пункт 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника).

В случае если медицинский работник принимает решение о продлении срока действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей, он за 10 рабочих дней до расторжения трудового договора направляет в Департамент заявление о заключении дополнительного соглашения к договору о продлении срока действия договора.

е) ответственность медицинского работника за неисполнение обязанностей, предусмотренных данным договором, в том числе по возврату выплаты в случаях, указанных в подпунктах «г» и «д» настоящего пункта.

7. Департамент в срок, установленный договором, перечисляет средства на счет, открытый медицинским работником в кредитной организации.

8. В случае прекращения трудового договора медицинского работника с соответствующей медицинской организацией до истечения пятилетнего срока медицинская организация обязана уведомить об этом Департамент в течение 1 рабочего дня со дня прекращения трудового договора с указанием основания его прекращения.

Медицинский работник при этом обязан произвести возврат части выплаты и выплатить штраф в размере 50 % от части единовременной компенсационной выплаты, подлежащей возврату, в соответствии с подпунктом «г» пункта 6 настоящего Положения или произвести возврат части выплаты в соответствии с подпунктом «д» пункта 6 настоящего Положения в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора на лицевой счет Департамента.

9. Течение пятилетнего срока, установленного в подпунктах «а» и «б» пункта 6 настоящего Положения, не возобновляется в случае, если медицинский работник уволился из медицинской организации и затем вновь трудоустроился в данную медицинскую организацию.

10. Департамент осуществляет контроль за соблюдением условий для осуществления выплат, установленных постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 №1640. «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Приложение N1
к Положению о предоставлении в 2018 году
единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам со средним
профессиональным образованием
(фельдшерам фельдшерско-акушерских
пунктов, заведующим фельдшерско-
акушерскими пунктами), прибывшим
(переехавшим) в 2018 году на работу
в сельские населенные пункты, либо рабочие
поселки, либо поселки городского типа, либо
города с населением до 50 тысяч человек

ФОРМА
ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
ЕДИНОВРЕМЕННОЙ КОМПЕНСАЦИОННОЙ ВЫПЛАТЫ

Директору Департамента
здравоохранения Тюменской области

от _____
(Ф.И.О., дата рождения)

паспорт _____
(серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить единовременную компенсационную выплату в
размере пятисот тысяч рублей.

1. Сведения о документе о среднем профессиональном образовании
заявителя:

_____ (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи)

2. Место работы в соответствии с трудовым договором:

2.1. Полное наименование учреждения

2.2. Наименование структурного подразделения

2.3. Занимаемая должность _____

2.4. Приказ о приеме на работу от _____ N _____

2.5. Трудовой договор от _____ N _____

3. Адрес места жительства в сельском населенном пункте либо
рабочем поселке, либо поселке городского типа, либо городе с населением до
50 тысяч человек по месту работы

_____ (индекс, наименование населенного пункта, улица, дом, квартира)

4. Адрес постоянного места жительства

_____ (указывается в соответствии с паспортом)

5. На заключение трехстороннего договора об осуществлении
единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику со

средним профессиональным медицинским образованием (фельдшеру фельдшерско-акушерских пункта, заведующему фельдшерско-акушерским пунктом) _____ (согласен(-а)/не согласен(-а))

6. На обработку персональных данных _____
(согласен(-а)/не согласен(-а))

7. Контактная информация: телефон _____
e-mail _____
почтовый адрес _____

" ____ " _____ 201__ г. _____ / _____
подпись (Ф.И.О. полностью)

Согласие
на обработку персональных данных медицинского работника

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

при подаче заявления для получения единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику со средним профессиональным медицинским образованием, прибывшему (переехавшему) в 2018 году, на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек в Департамент здравоохранения Тюменской области (далее - Оператор), находящийся по адресу: 625048, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку моих персональных данных Оператором в целях осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных, входящих в следующий перечень общедоступных сведений:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Номер телефона и адрес электронной почты.
3. Сведения о профессии, должности, образовании.
4. Иные сведения, специально предоставленные мной для осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных предоставлено с учетом пункта 2 статьи 6 и пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", в соответствии с которыми обработка персональных данных может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания на срок действия служебного контракта (трудового договора) с Оператором и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

" ____ " _____ 201__ г. _____ / _____
подпись (Ф.И.О. полностью)

Приложение N2
к Положению о предоставлении в 2018 году
единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам со средним
профессиональным образованием
(фельдшерам фельдшерско-акушерских
пунктов, заведующим фельдшерско-
акушерскими пунктами), прибывшим
(переехавшим) в 2018 году на работу
в сельские населенные пункты, либо рабочие
поселки, либо поселки городского типа, либо
города с населением до 50 тысяч человек

ФОРМА ДОГОВОРА

ДОГОВОР N _____

об осуществлении в 2018 году единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам со средним профессиональным образованием
(фельдшерам фельдшерско-акушерских пунктов, заведующим фельдшерско-
акушерскими пунктами), прибывшим (переехавшим) в 2018 году на работу в
сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского
типа, либо города с населением до 50 тысяч человек

г. Тюмень

" ____ " _____ 201__ г.

Департамент здравоохранения Тюменской области в лице
директора Департамента здравоохранения Тюменской области
_____, действующего на основании Положения о
Департаменте, утвержденного постановлением Правительства Тюменской
области от 24.12.2007 N 320-п, именуемый в дальнейшем "Департамент", с
одной стороны, и _____,

(наименование организации)

в лице главного врача _____,
действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем "Учреждение",
со второй стороны, и гр. _____

(Ф.И.О. получателя)

паспорт серии _____ N _____, выданный _____

(кем и когда)

именуемый(ая) в дальнейшем "Получатель", с третьей стороны, заключили
настоящий трехсторонний договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Предоставление в 2018 году единовременных компенсационных выплат
медицинским работникам со средним профессиональным образованием
(фельдшерам фельдшерско-акушерских пунктов, заведующим фельдшерско-
акушерскими пунктами), прибывшим (переехавшим) в 2018 году на работу в
сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского
типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, в соответствии с
Положением о предоставлении в 2018 году единовременных
компенсационных выплат медицинским работникам со средним
профессиональным образованием (фельдшерам фельдшерско-акушерских

пунктов, заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами), прибывшим (переехавшим) в 2018 году на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек (далее — Положение).

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Департамент обязуется:

2.1.1. В течение тридцати рабочих дней со дня заключения договора, при условии предоставления Получателем реквизитов счета, открытого в кредитной организации, перечислить денежные средства в размере пятисот тысяч рублей на счет Получателя, в соответствии с пунктом 6 Положения.

2.1.2. Заключить дополнительное соглашение с Получателем и Учреждением о продлении срока действия данного договора на период неисполнения трудовой функции Получателя, в соответствии с абзацем 8 пункта 1 и подпунктом «б» пункта 6 Положения.

2.1.3. Перечислить Получателю средства, указанные в пункте 2.1.1, на указанные им реквизиты, включающие:

банк получателя; БИК; номер корреспондентского счета (к/с); ИНН Банка; КПП Банка; наименование получателя; расчетный счет получателя; номер банковской карты получателя (при наличии);

2.1.4. В случае невозврата денежных средств Получателем в добровольном порядке в срок, установленный пунктом 8 Положения, истребовать в судебном порядке полученные средства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.5. В случае установления факта предоставления Получателем недостоверных сведений (под недостоверными сведениями понимается наличие в их содержании не соответствующих действительности сведений, искажений и неточностей), на основании которых Получателю была предоставлена выплата, направить в течение трех рабочих дней со дня установления такого факта Получателю и Учреждению уведомление о расторжении Договора в одностороннем порядке по инициативе Департамента, содержащее требование о возврате денежных средств в полном объеме.

2.2. Учреждение обязуется:

2.2.1 Уведомить Департамент за две недели о намерении Получателя прекратить трудовые отношения с Учреждением до истечения пятилетнего срока.

2.2.2. В случае прекращения трудового договора между Получателем и Учреждением до истечения пятилетнего срока отработки в течение 1 рабочего дня со дня прекращения трудового договора уведомить Департамент с указанием основания его прекращения.

2.2.3. В случае увольнения Получателя уведомить его до предстоящего увольнения о последствиях увольнения, в том числе о необходимости возврата части и штрафа, указанного в пункте 2.3.11 настоящего договора.

2.2.4. Ежемесячно в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным, уведомлять Департамент об освобождении Получателя от исполнения трудовых обязанностей, при сохранении за ним рабочего места и должности (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106-107 Трудового кодекса Российской Федерации) и заключать дополнительные соглашения с

Получателем и Департаментом о продлении срока действия данного договора в соответствии с абзацем 8 пункта 1 и подпунктом «б» пункта 6 Положения.

2.2.5. В случае обнаружения недостоверных сведений, предоставленных Получателем, направить в адрес Департамента информацию о предоставлении недостоверных сведений с приложением подтверждающих документов в течение трех рабочих дней со дня обнаружения.

2.3. Получатель обязуется:

2.3.1. Предоставлять Учреждению при трудоустройстве достоверные сведения, которые подтверждают его право на получение единовременной компенсационной выплаты.

2.3.2. В течение 5 лет работать по основному месту работы на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленного в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, и трудовым договором, заключенным медицинским работником с соответствующим Учреждением, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в программный реестр должностей. Течение пятилетнего срока приостанавливается на период неисполнения Получателем трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106-107 Трудового кодекса Российской Федерации).

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

2.3.3. Заключить дополнительное соглашение с Департаментом и Учреждением о продлении срока действия данного договора на период неисполнения трудовой функции, в соответствии с абзацем 8 пункта 1 и подпунктом «б» пункта 6 Положения.

2.3.4. При изменении реквизитов Получателя, указанных в разделе 5 настоящего договора, проинформировать Департамент в течение 3 рабочих дней с даты изменения реквизитов.

2.3.5. Информировать Департамент за две недели о своем намерении прекратить трудовые отношения с Учреждением до истечения пятилетнего срока.

2.3.6. Возвратить часть выплаты в случае прекращения трудового договора с Учреждением до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Получателем периоду, а также выплатить штраф, предусмотренный пунктом 2.3.11 настоящего договора, на лицевой счет Департамента в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора.

2.3.7. Возвратить часть выплаты в случае перевода на другую должность, поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам, рассчитанную с даты прекращения (изменения) трудового договора, пропорционально неотработанному Получателем периоду, а также выплатить штраф, предусмотренный пунктом 2.3.11 настоящего договора, на лицевой счет Департамента в течение 30 календарных дней со дня прекращения (изменения) трудового договора.

2.3.8. Возвратить полученные денежные средства в полном объеме на лицевой счет Департамент в течение 30 календарных дней в случае

расторжения настоящего договора в соответствии с пунктом 3.3 настоящего договора.

2.3.9. Возвратить часть выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному периоду, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (пункт 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору Получателя).

В случае если Получатель принимает решение о продлении срока действия договора, он за 10 рабочих дней до расторжения трудового договора обязан направить в Департамент заявление о заключении дополнительного соглашения к договору о продлении срока действия настоящего договора.

В случае если Получатель принимает решение о расторжении данного договора, Получатель возвращает часть выплаты, рассчитанную с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Получателем периоду, на лицевой счет Департамента в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора.

2.3.10. В случае если выплата подлежит возврату в течение 2018 года, то возврат осуществляется по реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент финансов Тюменской области, л/с 02672005550, Департамент здравоохранения ТО)

ИНН 7202161807 КПП 720301001

БИК 047102001

Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень) Р/с 40201810200000100009 Классификация расходов бюджета:

0909 5900451360 290 360 00000 00000 009

Код ОКТМО 71701000

В случае если выплата подлежит возврату в последующие годы, то возврат осуществляется по реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент здравоохранения Тюменской области л/с 03672005260) ИНН 7202161807 КПП 720301001; Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень) БИК 047102001 р/с 40101810300000010005 Код классификации дохода бюджета: 009 1 13 02992 02 0005 130

ОКТМО 71701000

Штраф, указанный в пункте 2.3.11 настоящего договора, перечисляется по следующим реквизитам:

УФК по Тюменской области (Департамент здравоохранения Тюменской области л/с 04672005260)

ИНН 7202161807 КПП 720301001

Отделение по Тюменской области Уральского главного управления Центрального банка Российской Федерации (Отделение Тюмень)

р/с 40101810300000010005

БИК 047102001

код ОКТМО 71701000

Код дохода бюджета: 009 1 16 90020 02 0000 140.

2.3.11. В случае неисполнения Получателем обязанностей, указанных в пункте 2.3.2 настоящего договора, Получатель выплачивает Департаменту

штраф в размере 50 % от части единовременной компенсационной выплаты, подлежащей возврату согласно пунктам 2.3.6 и 2.3.7 настоящего договора.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Срок действия настоящего договора устанавливается с _____ 20____ г. по _____ 20____ г.

3.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

3.3. В случае обнаружения Департаментом недостоверных сведений, предоставленных Получателем и (или) Учреждением, настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым со дня, следующего за днем направления Департаментом уведомления о расторжении Договора.

3.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями трех Сторон.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящим договором.

4.2. В случае возникновения в связи с выполнением обязательств по настоящему договору споров они разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия - в судебном порядке, путем обращения иницирующей стороны в Центральный районный суд города Тюмени.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, чрезвычайных и непредотвратимых, не зависящих от воли сторон.

4.4. Все дополнительные соглашения сторон к настоящему Договору, подписываемые при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

4.5. Договор составлен в трех экземплярах: один экземпляр - Получателю, один экземпляр - Департаменту, один экземпляр - Учреждению.

4.6. Отношения Сторон, не урегулированные настоящим договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Департамент:	Учреждение:	Получатель:
Наименование: Департамент здравоохранения Тюменской области Юр. Адрес: г. Тюмень, ул. Малыгина, 48 тел/ф (3452) 55-78-00 ИНН 7202161807 КПП 720301001 ОГРН 1077203024293 ОКОНХ 97410 ОКВЭД 751121 ОКПО 00090842 Банковские реквизиты: УФК по Тюменской области (л/с 02672005550 Департамент финансов Тюменской области,	Наименование: _____ Юр. Адрес: _____ Факт. Адрес: _____ тел/ф: _____ КПП _____ р/с _____ в _____ л/с N _____ БИК _____	ФИО: _____ Адрес фактического проживания: _____ _____ Тел.: _____ ИНН _____ Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования: _____ р/с _____ в _____ л/с N _____ БИК _____

Департамент здравоохранения
ТО ЛС001120163ДЗДР)
Р/с 40201810200000100009
БИК 047102001 Отделение по
Тюменской
области Уральского главного
управления
Центрального банка РФ
(Отделение
Тюмень)

Директор

_____ (_____)
(Ф.И.О.)

М.П.

Главный врач

_____ (_____)
(Ф.И.О.)

М.П.

_____ (_____)
(Ф.И.О.)