

ПРАВИТЕЛЬСТВО ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 18.06.2019 № 422-п

г. Ярославль

Об утверждении Порядка предоставления в 2019 – 2022 годах выплат студентам, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области

В целях реализации постановления Правительства области от 07.03.2018 № 142-п «Об утверждении областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы»

ПРАВИТЕЛЬСТВО ОБЛАСТИ ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемый Порядок предоставления в 2019 – 2022 годах выплат студентам, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области.

2. Контроль за исполнением постановления возложить на заместителя Председателя Правительства области, курирующего вопросы здравоохранения, труда и социальной защиты, семейной и демографической политики.

3. Постановление вступает в силу через 10 дней с момента его официального опубликования, за исключением пункта 4 Порядка, указанного в пункте 1, вступающего в силу с момента подписания.

Председатель
Правительства области

Д.А. Степаненко

УТВЕРЖДЁН
постановлением
Правительства области
от 18.06.2019 № 422-п

ПОРЯДОК
предоставления в 2019 – 2022 годах выплат студентам, обучающимся
в образовательных организациях, подведомственных Министерству
здравоохранения Российской Федерации, по договору о целевом
обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации
Ярославской области

1. Порядок предоставления в 2019 – 2022 годах выплат студентам, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – Порядок), разработан в целях реализации мероприятий областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы, утвержденной постановлением Правительства области от 07.03.2018 № 142-п «Об утверждении областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы», и определяет условия и порядок предоставления выплат студентам, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – выплаты).

2. Выплата предоставляется студентам шестого курса лечебного и педиатрического факультетов, студентам пятого курса фармацевтического факультета, стоматологического факультета и факультета клинической психологии и социальной работы федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ЯГМУ), студентам пятого курса стоматологического факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ТГМУ), заключившим договор о целевом обучении с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – департамент).

Размер выплаты устанавливается в соответствии с Перечнем мероприятий областной целевой программы «Улучшение кадрового

обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы, утвержденной постановлением Правительства области от 07.03.2018 № 142-п «Об утверждении областной целевой программы «Улучшение кадрового обеспечения государственных медицинских организаций Ярославской области» на 2018 – 2022 годы», в пределах средств, предусматриваемых на реализацию соответствующего мероприятия.

Выплата является мерой социальной поддержки, предусмотренной договором о целевом обучении, заключенным между департаментом и студентом.

3. Для получения выплат студенты не позднее 30 октября и 28 февраля соответствующего учебного года представляют в департамент следующие документы:

3.1. Заявление о предоставлении выплаты по форме согласно приложению 1 к Порядку.

3.2. Справка ЯГМУ или ТГМУ, подтверждающая обучение студента на шестом курсе лечебного или педиатрического факультета ЯГМУ, на пятом курсе фармацевтического факультета, стоматологического факультета или факультета клинической психологии и социальной работы ЯГМУ, на пятом курсе стоматологического факультета ТГМУ, выданная не ранее чем за 10 рабочих дней до дня подачи заявления о предоставлении выплаты.

3.3. Копии всех заполненных страниц паспорта с предъявлением оригинала.

3.4. Согласие на обработку персональных данных по формам согласно приложениям 2 и 3 к Порядку.

3.5. Копия документа, подтверждающего наличие лицевого счета в кредитной организации.

4. Студенты шестого курса лечебного и педиатрического факультетов, студенты пятого курса фармацевтического факультета, стоматологического факультета и факультета клинической психологии и социальной работы ЯГМУ, студенты пятого курса стоматологического факультета ТГМУ 2018/2019 учебного года для получения выплаты представляют в департамент документы, указанные в подпунктах 3.1 – 3.5 пункта 3 Порядка, не позднее 27 июня 2019 года.

5. Заявление о предоставлении выплаты регистрируется в отделе правовой и организационно-кадровой работы департамента в день поступления.

В течение 10 рабочих дней с момента регистрации отдел правовой и организационно-кадровой работы департамента проверяет представленные документы на комплектность, правильность оформления, а также соответствие студента требованиям, предусмотренным пунктом 2 Порядка, на дату регистрации заявления о предоставлении выплаты.

Департамент вправе осуществлять проверку достоверности представляемых сведений путем направления соответствующего запроса в образовательную организацию.

6. Решение о предоставлении выплаты или об отказе в предоставлении выплаты оформляется приказом департамента в течение 10 рабочих дней со дня окончания сроков приема документов, установленных пунктами 3 и 4 Порядка.

7. В случае принятия решения о предоставлении выплаты департамент производит выплату в течение 15 рабочих дней со дня издания приказа путем безналичного перечисления на лицевой счет студента, открытый в кредитной организации.

8. В случае принятия решения об отказе в предоставлении выплаты департамент в течение 3 рабочих дней со дня издания приказа направляет студенту письменное уведомление с указанием причины отказа.

9. Основанием для принятия решения об отказе в предоставлении выплаты является несоблюдение требований, предусмотренных пунктами 2 – 4 Порядка, или представление документов, содержащих недостоверные сведения.

10. Студент вправе в установленном законодательством порядке обжаловать решение департамента об отказе в предоставлении выплаты.

Приложение 1
к Порядку

Форма

В департамент
здравоохранения и фармации
Ярославской области_____
_____,
(фамилия, имя, отчество гражданина)
проживающего по адресу:_____
_____,
номер контактного телефона:**ЗАЯВЛЕНИЕ****о предоставлении выплаты студентам,
обучающимся в образовательных организациях, подведомственных
Министерству здравоохранения Российской Федерации, по договору
о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения
и фармации Ярославской области**

Прошу предоставить мне как студенту федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «_____ государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – университет),

_____,
(курс, факультет)

обучающемуся по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – департамент), от «__» _____ 20__ года № _____, выплату студентам, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом, в размере _____ рублей.

Указанную выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

получатель _____

банк получателя _____

счет получателя _____

БИК _____

к/с _____

ИНН гражданина _____.

К заявлению прилагаю следующие документы:

- справка образовательной организации, подтверждающая обучение в университете, от _____;
- копии всех заполненных страниц паспорта;
- согласие на обработку персональных данных департаментом;
- согласие на обработку персональных данных государственным учреждением Ярославской области «Центр бухгалтерского учета»;
- выписка кредитной организации с указанием реквизитов лицевого счета.

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение 2
к Порядку

Форма

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
паспорт _____, выдан _____
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: _____

даю свое согласие на обработку в департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство; номер лицевого счета в кредитной организации; информация о моем обучении в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования.

Я даю согласие на использование моих персональных данных исключительно в целях назначения мне выплаты студентам, обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, в рамках целевой подготовки по договору о целевом обучении, заключенному с департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области, посредством ручной обработки и занесения данных в электронные информационные системы.

Настоящее согласие предоставляется мной для достижения указанных целей и распространяется на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что департамент здравоохранения и фармации Ярославской области гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом.

Настоящее согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Настоящим согласием я подтверждаю, что действую по собственной воле и в своих интересах.

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение 3
к Порядку

Форма

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
паспорт _____, выдан _____
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: _____

в соответствии с требованиями части 3 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие государственному учреждению Ярославской области «Центр бухгалтерского учета», расположенному по адресу: ул. Максимова, д. 7, г. Ярославль, 150000, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации (на бумажных носителях) обработку и передачу персональных данных.

Предоставляю государственному учреждению Ярославской области «Центр бухгалтерского учета» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, передачу, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», мне разъяснены мои права и обязанности, связанные с обработкой и передачей персональных данных.

Настоящим согласием я подтверждаю, что действую по собственной воле и в своих интересах.

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)