



УКАЗ

ГУБЕРНАТОРА АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Об осуществлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби

В целях повышения доступности первичной медико-санитарной помощи населению Алтайского края, проживающему в сельской местности и малых городах, поэтапного устранения дефицита медицинских кадров, а также обеспечения дифференцированных мер социальной поддержки медицинских работников постановляю:

1. Утвердить прилагаемое Положение об осуществлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников краевых государственных медицинских организаций, расположенных в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби.

2. Комитету администрации Алтайского края по финансам, налоговой и кредитной политике (Притупов В.Г.) предусмотреть в краевом бюджете на 2016 год средства на финансовое обеспечение указанных единовременных компенсационных выплат.

3. Рекомендовать главам администраций Локтевского, Змеиногорского и Каменского муниципальных районов предусмотреть в бюджетах районов средства на финансовое обеспечение указанных единовременных компенсационных выплат.

4. Определить Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности (Долгова И.В.) органом, ответственным за реализацию настоящего указа.

Губернатор Алтайского края

А.Б. Карлин

г. Барнаул

5 июля 2016 года

№ 71

УТВЕРЖДЕНО

указом Губернатора

Алтайского края

от 05.07. 2016 № 71

ПОЛОЖЕНИЕ

об осуществлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников краевых государственных медицинских организаций, расположенных в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби

1. Настоящее Положение об осуществлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников краевых государственных медицинских организаций, расположенных в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби (далее – «Положение») регулирует вопросы осуществления в 2016 году единовременных компенсационных выплат в размере одного миллиона рублей (далее – «выплата») отдельным категориям медицинских работников краевых государственных медицинских организаций (далее – «медицинские организации») в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим или переехавшим на работу в 2016 году в города Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби, имеющим врачебную специальность в соответствии с приложением 1.

2. Действие настоящего Положения не распространяется на лиц, переехавших на работу в города Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби из сельских населенных пунктов, рабочих поселков, поселков городского типа Алтайского края и городов Алейск, Белокуриха, Горняк, Заринск, Змеиногорск, Камень-на-Оби, Новоалтайск, Славгород, где медицинский работник ранее работал в краевых государственных медицинских организациях в должности врача.

3. Финансовое обеспечение расходов, связанных с предоставлением выплаты, осуществляется медицинским работникам, указанным в пункте 1 настоящего Положения, в размере одного миллиона рублей в равных долях за счет средств бюджета Локтевского, либо Змеиногорского, либо Каменского муниципального района и средств краевого бюджета.

4. Для получения выплаты медицинский работник должен заключить трудовой договор с медицинской организацией на срок не менее пяти лет.

5. В случае расторжения и последующего повторного заключения трудового договора с одной и той же медицинской организацией медицинский работник не является прибывшим на работу в 2016 году, и право на получение выплаты у такого медицинского работника не возникает.

6. Для получения выплаты медицинский работник, заключивший трудовой договор с медицинской организацией, подает в администрацию Локтевского, Змеиногорского или Каменского муниципального района (далее – «Администрация») следующие документы:

а) письменное заявление специалиста о предоставлении выплаты (приложение 2);

б) копии документов:
документа, удостоверяющего личность;
трудового договора и трудовой книжки;
диплома о высшем образовании;
документа об окончании интернатуры или клинической ординатуры либо об аккредитации специалиста;
сертификата специалиста.

7. Медицинский работник несет ответственность за достоверность и полноту представленных сведений.

8. Администрация не позднее 1 ноября представляет в Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности (далее – «Главное управление»):

а) заявку на получение из краевого бюджета денежных средств на выплату медицинскому работнику (приложение 3);

б) копии документов, предусмотренных пунктом 6 настоящего Положения;

в) нормативный правовой акт Администрации, предусматривающий реализацию настоящего указа;

г) выписку из решения районного Совета депутатов о районном бюджете об объеме утвержденных на 2016 год бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение реализации настоящего указа.

9. Днем обращения Администрации считается день приема (регистрации) Главным управлением заявки со всеми необходимыми документами в соответствии с пунктами 6 и 8 настоящего Положения.

10. Главное управление в течение 15 рабочих дней со дня обращения Администрации рассматривает документы, предусмотренные пунктами 6 и 8 настоящего Положения, и принимает решение о предоставлении выплаты или об отказе в ее предоставлении, о чем в указанный срок письменно уведомляет Администрацию и заявителя.

11. Основаниями для отказа в предоставлении выплаты являются:

а) выявление недостоверных сведений в документах и (или) непредставление одного или нескольких документов, предусмотренных пунктами 6 и 8 настоящего Положения;

б) несоответствие медицинского работника, подавшего заявление, требованиям, предусмотренным в пункте 1 настоящего Положения.

Отказ в связи с непредставлением необходимых документов не препятствует повторному обращению медицинского работника за выплатой после устранения причин отказа.

12. При принятии Главным управлением решения о предоставлении выплаты Администрация и Главное управление подписывают с медицинским работником трехсторонний договор о предоставлении выплаты (приложение 4).

13. В случае прекращения трудового договора с медицинским работником работодатель в течение 3 дней обязан уведомить об этом Администрацию и Главное управление.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к Положению об осуществлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников краевых государственных медицинских организаций, расположенных в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских организаций и отдельных категорий медицинских работников, имеющих право на единовременные компенсационные выплаты в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби в 2016 году

№ п/п	Город	Краевая государственная медицинская организация	Специальность	Количество медицинских работников
1	Горняк	КГБУЗ «Центральная больница Локтевского района»	дерматовенерология	1
			оториноларингология	1
2	Змеиногорск	КГБУЗ «Центральная районная больница г. Змеиногорска»	хирургия	1
			терапия	1
3	Камень-на-Оби	КГБУЗ «Каменская центральная районная больница»	хирургия	1
			травматология	1

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к Положению об осуществлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников краевых государственных медицинских организаций, расположенных в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Главе администрации муниципального образования _____

(ФИО)

от _____

(ФИО, должность, наименование медицинской организации по уставу)

заявление

Я, _____, дата рождения _____;
 (паспорт _____ № _____, выдан _____,
 дата выдачи _____);
 сведения об образовании: диплом _____ № _____ выдан _____,
 дата выдачи _____;
 проживающий по адресу: _____,
 телефон _____;
 электронный адрес: _____;
 должность _____;
 дата заключения трудового договора _____.

Прошу осуществить единовременную компенсационную выплату путем перечисления на лицевой счет _____,
 (наименование финансово-кредитной организации)
 номер счета _____.

Дата заполнения

подпись

К заявлению прилагаются копии:
 документа, удостоверяющего личность;
 трудового договора и трудовой книжки;
 диплома о высшем образовании;
 документа об окончании интернатуры или клинической ординатуры либо об аккредитации специалиста;
 сертификата специалиста.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к Положению об осуществлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников краевых государственных медицинских организаций, расположенных в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби

ЗАЯВКА

на получение из краевого бюджета денежных средств на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, предусмотренные указом Губернатора Алтайского края от _____ 2016 № _____ «Об осуществлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби»

на _____ 2016 года

муниципальное образование: _____

в сумме _____ тыс. рублей на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в количестве _____ чел. согласно сведениям:

№ п/п	Фамилия, инициалы медицинского работника	Дата, месяц, год рождения	Год окончания образовательной организации высшего профессионального образования	Наименование медицинской организации, с которой медицинским работником заключен трудовой договор	Наименование населенного пункта, в котором расположена медицинская организация, код ОКТМО	Дата заключения трудового договора с медицинской организацией	Дата заключения договора с администрацией муниципального образования

Глава администрации
муниципального образования
_____/ФИО

« _ » _____ 2016 г.
Исполнитель (телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к Положению об осуществлении в 2016 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников краевых государственных медицинских организаций, расположенных в городах Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби

ДОГОВОР

об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, прибывшим (переехавшим) в 2016 году на работу в города Горняк, Змеиногорск, Камень-на-Оби

Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, именуемое в дальнейшем «Главное управление», в лице начальника Главного управления И.В. Долговой, действующего на основании Положения, администрация _____,

(наименование муниципального образования)

именуемая в дальнейшем «Администрация», в лице _____ действующего на основании _____ и

_____ (ФИО),
дата рождения _____, паспорт № _____, выданный _____, да-

(кем)

та _____, зарегистрирован(а) _____, именуемый(ая) в дальней-

шем «Медицинский работник», вместе именуемые «Стороны», в соответствии с указом Губернатора Алтайского края от _____ 2016 № ____ заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

В соответствии с настоящим договором Медицинский работник обязуется в течение пяти лет осуществлять трудовую деятельность по основному месту на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с _____ трудовым _____ договором, _____ заключенным с _____

(наименование государственной медицинской организации)

в связи с чем Главное управление и Администрация обязуются предоставить ему единовременную компенсационную выплату в размере пятисот тысяч рублей каждый.

2. Обязанности Сторон

2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. осуществлять трудовую деятельность в течение пяти лет по основному месту на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным с

_____ ;
(наименование государственной медицинской организации)

2.1.2. в случае прекращения трудового договора с указанной организацией до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части 1 статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части 1 статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) незамедлительно уведомить об этом Главное управление и Администрацию и возратить в краевой и районный бюджеты части единовременной компенсационной выплаты, размеры которых рассчитаны с даты прекращения трудового договора, пропорционально не отработанному Медицинским работником периоду, в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора.

2.2. Заключив настоящий Договор, Медицинский работник тем самым дает своё согласие на обработку его персональных данных в информационных системах Главного управления и Администрации.

2.3. Главное управление и Администрация обязуются:

2.3.1. в течение 30 дней со дня заключения настоящего договора предоставить Медицинскому работнику единовременную компенсационную выплату в размере пятисот тысяч рублей каждый путем перечисления денежных средств на его лицевой счет по следующим реквизитам:

_____ ;

2.3.2. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Медицинского работника при их обработке.

2.4. Главное управление и Администрация вправе осуществлять контроль исполнения Медицинским работником условий настоящего договора.

3. Ответственность Сторон

3.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2. В случае просрочки исполнения обязательства по возврату части единовременной компенсационной выплаты, предусмотренного подпунктом 2.1.2 настоящего Договора, Медицинский работник уплачивает проценты за

пользование чужими денежными средствами в соответствии со ст. 395 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4. Срок действия Договора

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения ими своих обязательств.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего Договора находится в Главном управлении, второй - у Администрации, третий - у Медицинского работника.

5.2. Любые изменения настоящего Договора оформляются в письменном виде.

6. Подписи Сторон

Начальник
Главного управления

Медицинский работник

И.В. Долгова/_____ /

_____/_____/_____
(ФИО)

Глава Администрации

_____/_____/_____
(ФИО)