



**А Д М И Н И С Т Р А Ц И Я
НАРО-ФОМИНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 06.12.2016 № 2881

г. Наро-Фоминск

**О порядке компенсации транспортных расходов отдельным категориям
медицинских работников государственных бюджетных учреждений здравоохранения
Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского
муниципального района**

В целях создания условий для оказания медицинской помощи населению Наро-Фоминского муниципального района, руководствуясь ст. 74.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», ст. 7 Закона Московской области от 14.11.2013 № 132/2013-ОЗ «О здравоохранении в Московской области», решением Совета депутатов Наро-Фоминского муниципального района Московской области от 09.08.2016 № 5/92 «О внесении изменений в решение Совета депутатов Наро-Фоминского муниципального района от 15.12.2015 № 20/85 «О бюджете Наро-Фоминского муниципального района на 2016 год и плановый период 2017 и 2018 годов», Уставом Наро-Фоминского муниципального района, **постановляю:**

1. Утвердить прилагаемое Положение о порядке компенсации транспортных расходов отдельным категориям медицинских работников государственных бюджетных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского муниципального района.
2. Разместить настоящее постановление на официальном сайте Администрации Наро-Фоминского муниципального района в сети Интернет.
3. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Заместителя Руководителя Администрации Наро-Фоминского муниципального района Н.Н. Трофимову.

**Руководитель
Администрации Наро-Фоминского
муниципального района**

М.А. Бреус

Положение
о порядке компенсации транспортных расходов отдельным категориям
медицинских работников государственных бюджетных учреждений здравоохранения
Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского
муниципального района

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано в соответствии со ст. 74.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Законом Московской области от 14.11.2013 № 132/2013-ОЗ «О здравоохранении в Московской области», Уставом Наро-Фоминского муниципального района.

1.2. Настоящее Положение устанавливает порядок, условия и предельный размер компенсации транспортных расходов отдельным категориям медицинских работников государственных бюджетных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского муниципального района.

1.3. В порядке, установленном настоящим Положением, компенсируются расходы медицинского работника на проезд на транспорте общего пользования (кроме такси) до места работы и обратно в рабочие дни, указанные в таблице учета рабочего времени (далее по тексту - транспортные расходы).

1.4. В порядке, установленном настоящим Положением, компенсация транспортных расходов (далее по тексту – компенсация) предоставляется следующим категориям медицинских работников государственных бюджетных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского муниципального района (далее по тексту – медицинские работники):

1) врачи скорой медицинской помощи, занимающие должности специалистов с высшим медицинским образованием, предусмотренные Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

2) фельдшеры скорой медицинской помощи.

1.5. Правом на получение компенсации транспортных расходов обладают медицинские работники, удовлетворяющие одновременно следующим требованиям:

- медицинский работник состоит в трудовых отношениях по основному месту работы с работодателем - государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области, расположенным и осуществляющим свою деятельность на территории Наро-Фоминского муниципального района;

- медицинский работник работает на 1,0 ставку (не менее 7 дежурств в месяц);

- медицинский работник зарегистрирован по месту жительства в населенном пункте отличном от фактического места нахождения государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области, в котором он работает.

2. Перечень документов, необходимых для предоставления компенсации

2.1. Для получения компенсации медицинский работник подает заявление о предоставлении компенсации транспортных расходов в Администрацию Наро-Фоминского муниципального района по форме согласно Приложению № 1 к настоящему Положению. К заявлению прилагаются:

- копия документа, удостоверяющего личность медицинского работника (с предоставлением оригинала для сверки);
- копия приказа о приеме на работу медицинского работника, заверенная работодателем;
- ходатайство работодателя о предоставлении компенсации на оплату транспортных расходов, подписанное руководителем государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области, с указанием фактического места нахождения учреждения, по форме согласно Приложению № 2 к настоящему Положению;
- копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
- копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН);
- выписка из банка с указанием реквизитов текущего счета;
- копия табеля учета рабочего времени (унифицированная форма №Т-13), заверенная работодателем за месяц работы, предшествующий месяцу обращения с заявлением о предоставлении компенсации.

2.2. В целях подтверждения количества отработанных дежурств медицинский работник ежеквартально, в срок не позднее пятого числа первого месяца квартала, следующего за отчетным, предоставляет в отдел социального развития Администрации Наро-Фоминского муниципального района заверенные работодателем копии табелей учета рабочего времени (унифицированная форма №Т-13) за каждый месяц отчетного квартала; копии табелей учета рабочего времени за последний квартал года должны быть представлены в срок не позднее двадцатого декабря.

2.3. Документы, подлежащие заверению, предоставляются в заверенных копиях, не подлежащие заверению - в копиях с приложением подлинника для сверки.

3. Размер и порядок выплаты компенсации

3.1. Компенсация предоставляется в размере 500 (пятисот) рублей в месяц.

3.2. Выплата компенсации производится ежеквартально не позднее последнего числа последнего месяца квартала, следующего за отчетным кварталом, путем перечисления денежных средств на счет получателя компенсации, указанный в соглашении о предоставлении компенсации. Выплата компенсации за четвертый квартал производится в срок не позднее 31 декабря текущего года.

4. Порядок принятия решения о предоставлении (отказе в предоставлении) компенсации

4.1. Заявление медицинского работника о предоставлении компенсации с прилагаемыми к заявлению документами подлежит обязательному рассмотрению на заседании Комиссии по социальной поддержке медицинских работников на территории Наро-Фоминского муниципального района в течение не более чем тридцати календарных

дней с момента поступления в Администрацию Наро-Фоминского муниципального района.

4.2. По результатам рассмотрения заявления Комиссия принимает решение о согласовании предоставления или отказа в предоставлении компенсации в зависимости от отсутствия или наличия оснований для отказа в предоставлении компенсации.

4.3. Решение Комиссии о согласовании предоставления компенсации является основанием для издания постановления Администрации Наро-Фоминского муниципального района о предоставлении компенсации и заключения соглашения о предоставлении компенсации между медицинским работником, Администрацией Наро-Фоминского муниципального района и государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области, расположенным на территории Наро-Фоминского муниципального района.

4.4. Решение Комиссии о согласовании отказа в предоставлении компенсации является основанием для направления медицинскому работнику уведомления об отказе в предоставлении компенсации.

4.5. Основаниями для отказа в предоставлении компенсации являются:

- несоответствие представленных медицинским работником документов требованиям для предоставления компенсации, установленным настоящим Положением;
- несоответствие медицинского работника требованиям, установленным настоящим Положением;
- предоставление медицинским работником заведомо ложных сведений, содержащихся в документах, поддельных документов;
- отсутствие денежных средств на цели предоставления компенсации в бюджете Наро-Фоминского муниципального района, включая уменьшение ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств;
- нахождение медицинского работника в отпуске по беременности и родам, отпуске по уходу за ребенком.

4.6. Право на получение компенсации возникает у медицинского работника с момента заключения указанного в п. 4.3. настоящего Положения соглашения о предоставлении компенсации между медицинским работником, Администрацией Наро-Фоминского муниципального района и государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области, расположенным на территории Наро-Фоминского муниципального района.

5. Прекращение предоставления компенсации и порядок возврата излишне уплаченных средств

5.1 При наступлении обстоятельств, исключающих возможность дальнейшего предоставления компенсации, медицинский работник - получатель компенсации, обязан в срок, не превышающий пяти рабочих дней, уведомить об этом Администрацию Наро-Фоминского муниципального района путем подачи заявления о прекращении выплаты компенсации.

К обстоятельствам, исключающим возможность дальнейшего предоставления компенсации, относятся:

- прекращения трудового договора с государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области, расположенном на территории Наро-Фоминского муниципального района;
- регистрация медицинского работника по месту жительства в населенном пункте, в котором расположено место его работы.

5.2. Выплата компенсации также прекращается в случае выявления после принятия решения о предоставлении компенсации несоответствия ранее представленных медицинским работником документов требованиям, установленным настоящим Положением.

5.3 При выявлении излишне выплаченных сумм денежных средств, в случае,

если заявитель в установленный срок не известил о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты, получатель компенсации обязан осуществить возврат необоснованно полученных денежных средств в бюджет Наро-Фоминского муниципального района в течение 5-ти рабочих дней с момента получения от Администрации Наро-Фоминского муниципального района требования о возврате денежных средств.

В случае отказа от добровольного возврата указанных средств они могут быть истребованы в судебном порядке.

Приложение № 1
к Положению о порядке компенсации транспортных расходов отдельным категориям
медицинских работников государственных бюджетных учреждений здравоохранения
Московской области, расположенных на территории
Наро-Фоминского муниципального района

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Руководителю Администрации
Наро-Фоминского муниципального района
_____ (ФИО руководителя)

от _____
_____ (ФИО заявителя),
проживающего по адресу:

контактный телефон _____

Заявление
о компенсации транспортных расходов

Прошу Вас предоставить мне _____,
_____ (ФИО полностью)

_____ (наименование должности и места работы – ГБУЗ МО)
компенсацию транспортных расходов на проезд от места жительства, расположенного по
адресу: _____, до места работы, расположенного по
адресу: _____,
и заключить соглашения о предоставлении указанной компенсации.

Настоящим подтверждаю и гарантирую, что:

- 1) я состою в трудовых отношениях по основному месту работы с работодателем
_____ (наименование ГБУЗ МО) с _____ г. по настоящее время;
- 2) я зарегистрирован по месту жительства по адресу:
_____;
- 3) я обязуюсь вернуть излишне полученные в форме компенсации денежные
средства в порядке и сроки, установленные Администрацией Наро-Фоминского
муниципального района.

Приложение:

_____ (подпись с расшифровкой) _____ (дата)

Приложение № 2
к Положению о порядке компенсации транспортных расходов отдельным категориям
медицинских работников государственных бюджетных учреждений здравоохранения
Московской области, расположенных на территории
Наро-Фоминского муниципального района

ФОРМА ХОДАТАЙСТВА

Руководителю Администрации
Наро-Фоминского муниципального района
_____ (ФИО руководителя)

от _____
(должность, ФИО руководителя ГБУЗ МО)

Ходатайство
о предоставлении компенсации транспортных расходов
_____ (ФИО медицинского работника)

Настоящим государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской
области _____ ходатайствует о
предоставлении _____
(ФИО и должность медицинского работника)

компенсации транспортных расходов на проезд от места жительства, расположенного по
адресу: _____, до места работы, расположенного по
адресу: _____.
(ФИО и должность медицинского работника)

работает в _____ (наименование ГБУЗ МО) с
_____ г. по настоящее время, в отпуске по беременности и родам, в отпуске по
уходу за ребенком не находится.

_____ (наименование ГБУЗ МО).

(должность руководителя ГБУЗ МО)

(подпись)

(ФИО)

_____ (дата)