



**АДМИНИСТРАЦИЯ
НАРО-ФОМИНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 24.04.2024 № 1289

г. Наро-Фоминск

Об утверждении Положения о порядке предоставления единовременной денежной выплаты отдельным категориям медицинских работников государственных бюджетных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского городского округа

В целях создания условий для оказания медицинской помощи населению Наро-Фоминского городского округа, привлечения медицинских работников в государственные бюджетные учреждения здравоохранения Московской области, в соответствии со статьями 74.1, 86 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», статьей 7 Закона Московской области № 132/2013-ОЗ «О здравоохранении в Московской области», решением Совета депутатов Наро-Фоминского городского округа Московской области от 02.04.2019 № 10/33 «Об утверждении Перечня условий, видов (форм) поддержки медицинских работников с целью их привлечения для работы в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского городского округа», руководствуясь Уставом Наро-Фоминского городского округа Московской области, **постановляю:**

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. Положение о порядке предоставления единовременной денежной выплаты отдельным категориям медицинских работников при замещении вакантных должностей в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского городского округа.

1.2. Перечень вакантных должностей медицинских работников в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные денежные выплаты.

2. Отделу по работе со СМИ и интернет-коммуникациям Управления по территориальной и информационной политике Администрации Наро-Фоминского городского округа опубликовать (разместить) настоящее постановление в сетевом издании «Официальный сайт органов местного самоуправления Наро-Фоминского городского округа» в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

3. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Заместителя Главы Наро-Фоминского городского округа Трофимову Н.Н.

**Глава
Наро-Фоминского
городского округа**

Р.Л. Шамнэ

022506

УТВЕРЖДЕНО
постановлением Администрации
Наро-Фоминского городского округа
от 24.04.2024 № 1289

ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке предоставления единовременной денежной выплаты отдельным категориям
медицинских работников при замещении вакантных должностей
в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области,
расположенных на территории Наро-Фоминского городского округа

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано в целях реализации решения Совета депутатов Наро-Фоминского городского округа Московской области от 02.04.2019 № 10/33 «Об утверждении Перечня условий, видов (форм) поддержки медицинских работников с целью их привлечения для работы в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского городского округа», 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 городского округа Московской области.

1.2. Настоящее Положение устанавливает порядок, условия, сроки и размер единовременной денежной выплаты отдельным категориям медицинских работников при замещении вакантных должностей в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского городского округа (далее – учреждение).

1.3. Перечень вакантных должностей медицинских работников в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области, при замещении которых осуществляются единовременные денежные выплаты (далее – Перечень) формируется на основании заявленной учреждением первоочередной потребности в привлечении медицинских работников и утверждается постановлением Администрации Наро-Фоминского городского округа при наличии денежных средств на цели предоставления единовременной денежной выплаты в бюджете Наро-Фоминского городского округа

1.4. Правом на получение единовременной денежной выплаты обладают медицинские работники, удовлетворяющие одновременно следующим требованиям:

- медицинский работник принят (в том числе в порядке перевода) по основному месту работы в учреждение на должность, включенную в Перечень, не ранее даты утверждения Перечня постановлением Администрации Наро-Фоминского городского округа;

- медицинский работник осуществляет трудовую деятельность на должности, включенной в Перечень, на условиях полного рабочего дня (не менее 1,0 ставки) с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации;

- истечение на дату подачи заявления испытательного срока, установленного

медицинскому работнику при приеме на работу на должность, включенную в Перечень, в случае его установления;

- медицинский работник не замещал должность, включенную в Перечень, утвержденный постановлением Администрации Наро-Фоминского городского округа, на дату ее включения.

1.5. Единовременная денежная выплата предоставляется медицинскому работнику однократно.

1.6. Предоставление единовременной денежной выплаты осуществляется с обязательным соблюдением следующих условий:

а) учреждение осуществляет информирование медицинских работников, принимаемых на должности, включенные в Перечень, о предоставлении единовременной денежной выплаты из средств бюджета Наро-Фоминского городского округа;

б) учреждение оказывает медицинскому работнику консультационно-методическую помощь и участвует в подготовке пакета документов для получения единовременной денежной выплаты, обеспечивает соблюдение медицинским работником условий предоставления единовременной денежной выплаты;

в) выплата производится на основании трехстороннего Соглашения, заключенного между Администрацией Наро-Фоминского городского округа (далее – Администрация), учреждением и медицинским работником, сроком на 3 (три) года по форме, установленной Приложением № 1 к настоящему Положению (далее – Соглашение) на основании изданного постановления Администрации о предоставлении медицинскому работнику единовременной денежной выплаты.

2. Перечень документов, необходимых для получения единовременной денежной выплаты

2.1. Для получения единовременной денежной выплаты медицинский работник подает в Администрацию заявление о предоставлении единовременной денежной выплаты и согласие на обработку персональных данных по формам, установленным Приложением № 2 к настоящему Положению. К заявлению прилагается выписка из кредитной организации с указанием реквизитов счета медицинского работника для перечисления средств единовременной денежной выплаты.

2.2. Учреждение не позднее пяти рабочих дней с даты получения уведомления Администрации о поступлении заявления медицинского работника предоставляет в отдел социального развития Администрации следующие документы:

- ходатайство за подписью руководителя о предоставлении медицинскому работнику единовременной денежной выплаты по форме, установленной Приложением № 3 к настоящему Положению;

- заверенную учреждением копию паспорта гражданина Российской Федерации - медицинского работника (страницы 2 - 3; 5 - 12; 14 - 17);

- заверенную учреждением копию страхового свидетельства государственного пенсионного страхования медицинского работника;

- заверенную учреждением копию трудовой книжки либо сведений о трудовой деятельности медицинского работника;

- заверенную учреждением копию приказа о приеме (переводе) медицинского работника на должность, включенную в Перечень.

2.3. При наличии препятствий для направления ходатайства и заключения Соглашения учреждение уведомляет об этом Администрацию в письменной форме с указанием причин.

3. Размер и порядок единовременной денежной выплаты

3.1. Предоставление единовременной денежной выплаты осуществляется в следующих размерах:

- врачам – в размере 400 000 руб. 00 коп. (четыреста тысяч рублей);
- средним медицинским работникам – в размере 200 000 руб. 00 коп. (двести тысяч рублей).

3.2. Выплата осуществляется за счет средств бюджета Наро-Фоминского городского округа путем перечисления денежных средств на счет медицинского работника, указанный в Соглашении, в течение 30 рабочих дней с даты его заключения.

4. Порядок принятия решения о предоставлении (отказе в предоставлении) единовременной денежной выплаты

4.1. Заявление медицинского работника о предоставлении единовременной денежной выплаты и поступившие документы подлежат обязательному рассмотрению на заседании Комиссии по социальной поддержке медицинских работников на территории Наро-Фоминского городского округа, состав и положение о которой утверждены постановлением Администрации Наро-Фоминского городского округа (далее – Комиссия) не позднее 30 рабочих дней со дня поступления заявления.

4.2. По результатам рассмотрения заявления и прилагаемых к нему документов, Комиссия принимает решение о согласовании предоставления или об отказе в согласовании предоставления единовременной денежной выплаты в зависимости от наличия или отсутствия соответствующих оснований.

4.3. Решение Комиссии о согласовании предоставления единовременной денежной выплаты является основанием для издания постановления Администрации о предоставлении единовременной выплаты медицинскому работнику и заключения Соглашения не позднее 15 рабочих дней со дня принятия решения Комиссией.

4.4. Право на получение единовременной денежной выплаты возникает у медицинского работника с момента заключения Соглашения.

4.5. Решение Комиссии об отказе в согласовании предоставления единовременной денежной выплаты является основанием для направления медицинскому работнику соответствующего уведомления с указанием основания отказа.

4.6. Основанием для отказа в согласовании предоставления единовременной денежной выплаты является:

- несоответствие представленных документов требованиям для предоставления единовременной денежной выплаты, установленной 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 единовременной денежной выплаты в бюджете Наро-Фоминского городского округа, включая уменьшение ранее доведенных лимитов бюджетных обязательств.

4.7. При устранении причин, послуживших основаниями для отказа в согласовании предоставления единовременной денежной выплаты, медицинский работник вправе повторно обратиться за получением единовременной денежной выплаты.

5. Основания и порядок возврата излишне полученных средств единовременной денежной выплаты

5.1. При наступлении обстоятельств, препятствующих дальнейшему действию заключенного Соглашения, медицинский работник и учреждение обязаны в срок, не превышающий трех рабочих дней, уведомить об этом Администрацию в письменной форме с приложением заверенных учреждением копий подтверждающих документов.

5.2. К обстоятельствам, препятствующим дальнейшему действию Соглашения и влекущих его досрочное расторжение, относятся:

а) прекращение трудового договора между медицинским работником и учреждением, до истечения 3-летнего срока действия заключенного Соглашения;

б) перевод медицинского работника по основному месту работы на должность, не включенную в Перечень, до истечения 3-летнего срока действия заключенного Соглашения;

в) перевод медицинского работника на работу по должности, включенной в Перечень, на условиях неполного рабочего дня (менее 1,0 ставки) до истечения 3-летнего срока действия заключенного Соглашения;

г) отказ медицинского работника от продления действия Соглашения в установленных случаях.

5.3. При наступлении обстоятельств, влекущих досрочное расторжение Соглашения, Администрация направляет медицинскому работнику требование о возврате части средств перечисленной единовременной денежной выплаты (за исключением случаев прекращения трудового договора между медицинским работником и учреждением, по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 и пунктом 2 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации).

5.4. Часть единовременной денежной выплаты, подлежащей возврату в бюджет Наро-Фоминского городского округа, рассчитывается пропорционально неотработанному периоду времени со дня прекращения медицинским работником трудовой деятельности на условиях, предусмотренных Соглашением, до истечения 3-летнего срока действия Соглашения в календарных днях.

5.5. Медицинский работник, получивший единовременную денежную выплату, обязан осуществить возврат части единовременной денежной выплаты, рассчитанной в соответствии с п. 5.4 настоящего Положения, в бюджет Наро-Фоминского городского округа в течение 30 календарных дней с даты направления Администрацией требования о возврате денежных средств. В случае отказа от добровольного возврата указанных средств они могут быть истребованы в судебном порядке.

5.6. При наступлении обстоятельств, не указанных в пункте 5.2. настоящего Положения, препятствующих дальнейшему действию Соглашения на условиях его заключения, требование о возврате части средств перечисленной единовременной денежной выплаты Администрацией не направляется, в ранее изданное постановление о предоставлении медицинскому работнику единовременной денежной выплаты вносятся соответствующие изменения, между сторонами по Соглашению заключается дополнительное соглашение, определяющее изменение соответствующих условий.

Приложение № 1

к Положению о порядке предоставления единовременной денежной выплаты отдельным категориям медицинских работников при замещении вакантных должностей в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского городского округа

ФОРМА

Соглашение № _____

о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику в связи с трудоустройством на вакантную должность в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области, расположенное на территории Наро-Фоминского городского округа

г. Наро-Фоминск

«__» _____ 202__ г.

Администрация Наро-Фоминского городского округа, в лице Главы Наро-Фоминского городского округа _____, действующего на основании Устава Наро-Фоминского городского округа Московской области, именуемая в дальнейшем «Администрация», государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «_____» в лице руководителя учреждения – главного врача _____, именуемое в дальнейшем «Учреждение», и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Медицинский работник», совместно именуемые «Стороны», на основании постановления Администрации Наро-Фоминского городского округа от _____ № _____ «О предоставлении единовременной выплаты _____» заключили настоящее соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем.

1. Предмет Соглашения

1.1. Предметом настоящего Соглашения является предоставление в 202__ году Медицинскому работнику за счет средств бюджета Наро-Фоминского городского округа единовременной денежной выплаты в соответствии с постановлением Администрации Наро-Фоминского городского округа от _____ № _____ «О предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику _____».

1.2. Сумма единовременной денежной выплаты составляет _____ (_____ тысяч) рублей 00 копеек.

2. Условия и порядок предоставления единовременной денежной выплаты

2.1. Условиями предоставления единовременной денежной выплаты являются:
- Медицинский работник принят с «__» _____ 202__ г. по основному месту работы в Учреждение на должность, которая включена в Перечень вакантных должностей медицинских работников в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области, при замещении которых осуществляются единовременные денежные выплаты, утвержденный постановлением Администрации:

(наименование должности);

на условиях полного рабочего дня (не менее 1,0 ставки) с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации;

- Комиссией по социальной поддержке медицинских работников на территории Наро-Фоминского городского округа принято положительное решение по результатам рассмотрения заявления Медицинского работника и представленных документов на получение единовременной денежной выплаты.

2.2. Единовременная денежная выплата производится путем однократного перечисления всей суммы денежных средств, указанной в п. 1.2 Соглашения, на расчетный счет Медицинского работника, указанный в п.10 Соглашения.

2.3. Учреждение и Медицинский работник выражают согласие на осуществление Администрацией проверок (контрольных мероприятий) соблюдения условий, целей и порядка предоставления единовременной денежной выплаты.

3. Обязанности сторон

3.1. Медицинский работник обязуется:

3.1.1. Непрерывно исполнять трудовые обязанности в Учреждении в течение 3 (трех) лет со дня заключения Соглашения на должности и условиях, предусмотренных п. 2.1 Соглашения. При этом срок действия Соглашения продлевается на период неисполнения трудовой функции в полном объеме в связи с предоставлением Медицинскому работнику отпуска, предусмотренного статьей 256 Трудового кодекса Российской Федерации.

3.1.2. Уведомлять Администрацию в письменной форме о наступлении обстоятельств, препятствующих дальнейшему действию настоящего Соглашения, в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты наступления таких обстоятельств.

3.1.3. В случае досрочного расторжения Соглашения (за исключением случаев расторжения Соглашения в связи с прекращением трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 и пунктом 2 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации) возвратить в доход бюджета Наро-Фоминского городского округа часть единовременной денежной выплаты в течение тридцати календарных дней с даты направления Администрацией требования о возврате денежных средств.

3.1.4. В случае неисполнения или просрочки исполнения обязательства, предусмотренного пунктом 3.1.3. Соглашения, уплатить неустойку. Неустойка начисляется за каждый день просрочки исполнения обязательства, начиная со дня, следующего за днем истечения срока исполнения обязательства, указанного в пункте 3.1.3. Соглашения. Неустойка устанавливается в размере одной трехсотой действующей на день уплаты неустойки ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации от не уплаченной в срок части единовременной денежной выплаты, подлежащей возврату в соответствии с требованием Администрации. Медицинский работник освобождается от уплаты неустойки, если докажет, что неисполнение или просрочка исполнения обязательства, произошли вследствие непреодолимой силы или по вине Администрации.

3.2. Учреждение обязуется:

3.2.1. Уведомлять Администрацию в письменной форме о наступлении обстоятельств, препятствующих дальнейшему действию настоящего Соглашения, в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты наступления таких обстоятельств.

3.2.2. В срок, не превышающий пяти рабочих дней предоставлять по запросу Администрации информацию и документы, необходимые для проведения проверок (контрольных мероприятий) исполнения заключенного Соглашения.

3.3. Администрация обязуется:

3.3.1. Предоставить Медицинскому работнику единовременную денежную выплату посредством перечисления денежных средств из бюджета Наро-Фоминского городского округа в размере, установленном пунктом 1.2. Соглашения, на лицевой счет Медицинского работника, открытый в кредитной организации и указанный в пункте 10 Соглашения, в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня подписания Соглашения всеми Сторонами.

3.3.2. Принять необходимые меры по обеспечению сохранности персональных данных Медицинского работника.

4. Права сторон

4.1. Медицинский работник имеет право:

4.1.1. Обращаться в Администрацию и Учреждение за разъяснением порядка и условий предоставления единовременной денежной выплаты.

4.1.2. Участвовать в проведении Администрацией проверок (контрольных мероприятий) соблюдения условий, целей и порядка предоставления единовременной денежной выплаты.

4.2. Учреждение имеет право:

4.2.1. Участвовать в проведении Администрацией проверок (контрольных мероприятий) соблюдения условий, целей и порядка предоставления единовременной денежной выплаты.

4.3. Администрация имеет право:

4.3.1. Осуществлять проверки (контрольные мероприятия) соблюдения условий, целей и порядка предоставления единовременной денежной выплаты Медицинскому работнику.

4.3.2. Запрашивать у Медицинского работника и Учреждения документы, необходимые для исполнения настоящего Соглашения и проведения проверок (контрольных мероприятий).

4.3.3. Расторгнуть Соглашение в одностороннем порядке при выявлении по результатам проверок (контрольных мероприятий) несоответствия Медицинского работника условиям, предусмотренным п. 2.1 Соглашения, и неисполнении Медицинским работником и Учреждением принятых обязательств.

4.3.4. Требовать от Медицинского работника возврата части единовременной денежной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду времени со дня прекращения Медицинским работником трудовой деятельности на условиях, предусмотренных Соглашением, до истечения 3-летнего срока действия Соглашения в календарных днях.

5. Изменение и расторжение соглашения

5.1. Настоящее соглашение может быть изменено или расторгнуто по соглашению Сторон либо по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Изменения и дополнения к настоящему Соглашению совершаются в письменной форме, оформляются дополнительным соглашением к настоящему Соглашению и подписываются всеми Сторонами.

5.3. Настоящее Соглашение может быть расторгнуто по инициативе Администрации в одностороннем порядке в случае неисполнения Медицинским работником и Учреждением принятых обязательств.

6. Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Соглашения Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Все споры и разногласия, связанные с исполнением сторонами обязательств, предусмотренных настоящим Соглашением, осуществляются путем переговоров.

6.3. В случае невозможности урегулирования споров (разногласий) путем переговоров, они подлежат рассмотрению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Срок действия соглашения

7.1. Настоящее Соглашение вступает в силу и действует в течение 3 (трех) лет с даты подписания Соглашения всеми Сторонами.

8. Обстоятельства непреодолимой силы

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Соглашению, если оно является следствием обстоятельств непреодолимой силы и, если эти обстоятельства повлияли на исполнение настоящего Соглашения.

8.2. Срок исполнения обязательств по настоящему Соглашению продлевается соразмерно времени, в течение которого действовали эти обстоятельства, а также последствия, вызванные этими обстоятельствами.

8.3. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по настоящему Соглашению, вследствие обстоятельств непреодолимой силы, должна известить другие Стороны в письменной форме без промедления, но не позднее 10 (десяти) дней с момента их наступления. Извещение должно содержать сведения о наступлении и характере указанных обстоятельств и о возможных последствиях. Сторона должна также без промедления не позднее 10 (десяти) дней известить другие Стороны в письменной форме о прекращении этих обстоятельств.

9. Заключительные положения

9.1. Соглашение составлено в 3 (трех) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по 1 (одному) для каждой из Сторон.

10. Адреса и реквизиты Сторон

«Администрация»	«Учреждение»	«Медицинский работник»
<p>Администрация Наро-Фоминского городского округа</p> <p>Адрес: 143300, Московская область, г. Наро-Фоминск, ул. Маршала Жукова Г.К, д. 2</p> <p>Финансовое управление Администрации Наро-Фоминского городского округа (Администрация Наро-Фоминского городского округа, л/с 03483D71460)</p>	<p>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области</p> <p>« _____ »</p> <p>Адрес: _____</p> <p>ИНН _____</p> <p>КПП _____</p> <p>ОКПО _____</p>	<p>Фамилия, имя, отчество</p> <p>Адрес по паспорту согласно регистрации: _____</p> <p>СНИЛС _____</p> <p>Паспорт _____, выданный _____</p> <p>дата выдачи _____,</p> <p>код подразделения _____</p>

<p>ИНН 5030010950 КПП 503001001 ОКПО 04034326 Наименование банка: ГУ Банка России по ЦФО //УФК по Московской области, г. Москва р/с 03231643467500004800 БИК 004525987 к/с 40102810845370000004 л/с 03483D71460 ОКТМО 46750000 Глава Наро-Фоминского городского округа _____ (личная подпись) _____ (Фамилия, инициалы) М.П.</p>	<p>Министерство экономики и финансов Московской области л/с _____ р/с _____ ЕКС _____ БИК _____ ОКТМО _____ Главный врач _____ (личная подпись) _____ (Фамилия, инициалы) М.П.</p>	<p>Наименование банка: _____ БИК банка _____ к/с _____ КПП _____ Счет получателя _____ _____ (личная подпись) _____ (Фамилия, инициалы)</p>
--	---	---

Приложение № 2

к Положению о порядке предоставления единовременной денежной выплаты
отдельным категориям медицинских работников при замещении вакантных
должностей в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской
области, расположенных на территории Наро-Фоминского городского округа

ФОРМА

Главе Наро-Фоминского городского округа

_____ (ФИО)

от _____,

(ФИО медицинского работника полностью)

проживающего по адресу: _____

_____ ,
контактный телефон _____

адрес электронной почты _____

Заявление о предоставлении единовременной денежной выплаты

Прошу Вас предоставить мне единовременную денежную выплату в размере _____ рублей и заключить со мной трехстороннее Соглашение о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику в связи с трудоустройством на вакантную должность в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области, расположенное на территории Наро-Фоминского городского округа.

Настоящим подтверждаю, что:

1) я состою в трудовых отношениях по основному месту работы с работодателем -

_____ (наименование ГБУЗ Московской области)

в должности _____

(наименование ГБУЗ Московской области)

на условиях полного рабочего дня с «___» _____ 202__ г. по настоящее время;

2) я обязуюсь непрерывно исполнять трудовые обязанности на указанной должности в течение 3 (трех) лет на условиях действующего трудового договора с даты заключения трехстороннего Соглашения;

3) в случае наступлении обстоятельств, препятствующих дальнейшему исполнению мною заключенного трехстороннего Соглашения я обязуюсь уведомить Администрацию Наро-Фоминского городского округа не позднее трех рабочих дней с момента их наступления;

4) в случае досрочного расторжения трехстороннего Соглашения я обязуюсь вернуть часть единовременной денежной выплаты в порядке и сроки, установленные Администрацией Наро-Фоминского городского округа.

Полноту и достоверность сведений, содержащихся в представленных мною работодателю документах гарантирую. Даю свое согласие на предоставление работодателем предусмотренных Администрацией документов для получения мною единовременной денежной выплаты.

Согласие на обработку персональных данных прилагаю.

Реквизиты счета для перечисления единовременной денежной выплаты прилагаю.

" ___ " _____ 20__ г. _____ (личная подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество прописью полностью)

ФОРМА

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных медицинского работника

Я, _____
(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

при подаче заявления о предоставлении единовременной выплаты медицинскому работнику, установленной Постановлением Администрации Наро-Фоминского городского округа, в Администрацию Наро-Фоминского городского округа, находящейся по адресу: 143300, Московская область, г. Наро-Фоминск, ул. Маршала Жукова, д. 2, своей волей и в своих интересах выражаю согласие на обработку моих персональных данных в целях предоставления мне единовременной выплаты, включая выполнение действий по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных, входящих в следующий перечень сведений:

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Данные:

- паспорта гражданина Российской Федерации (страницы 2 - 3; 5 - 12; 14 - 17);
- страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
- трудовой книжки либо сведений о трудовой деятельности;
- трудового договора, заключенного с работодателем и дополнительных соглашений к нему;

_____ (наименование работодателя)

- кадровых приказов, изданных в отношении меня работодателем _____;

_____ (наименование работодателя)

- выписки из кредитной организации с указанием реквизитов счета для перечисления единовременной денежной выплаты;

3. Номера телефонов (рабочего, домашнего, мобильного), адрес электронной почты.

4. Иные сведения, специально предоставленные мной или моим работодателем для осуществления единовременной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных.

Вышеприведённое согласие на обработку моих персональных данных представлено с учётом п. 2 ст. 6 и п. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которыми обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона либо для исполнения трудового договора и Соглашения, стороной в которых я являюсь, может осуществляться Администрацией без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с даты его подписания, действует в течение срока действия заключённого со мной Администрацией Соглашения о предоставлении

единовременной выплаты и может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления в Администрацию.

" ___ " _____ 20__ г. _____ (личная подпись)

(фамилия, имя, отчество прописью полностью)

Приложение № 3

к Положению о порядке предоставления единовременной денежной выплаты отдельным категориям медицинских работников при замещении вакантных должностей в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области, расположенных на территории Наро-Фоминского городского округа

ФОРМА ХОДАТАЙСТВА

Главе Наро-Фоминского городского округа
_____ (ФИО Главы)
от _____
(должность, наименование учреждения,
ФИО руководителя,)

Ходатайство о предоставлении единовременной выплаты

Настоящим _____

(наименование ГБУЗ Московской области)

в лице главного врача _____ ходатайствует о предоставлении

(ФИО и должность медицинского работника)

единовременной денежной выплаты и заключении трехстороннего Соглашения о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику в связи с трудоустройством на вакантную должность в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области по установленной форме.

Учреждение обязуется в течение пяти рабочих дней с даты издания постановления Администрации Наро-Фоминского городского округа о предоставлении медицинскому работнику единовременной денежной выплаты подписать в качестве одной из сторон указанное Соглашение.

С согласия медицинского работника направляем на рассмотрение Комиссии по социальной поддержке медицинских работников на территории Наро-Фоминского городского округа заверенные в установленном порядке копии следующих документов медицинского работника:

- паспорт гражданина Российской Федерации (страницы 2 - 3; 5 - 12; 14 - 17);
- страховое свидетельство государственного пенсионного страхования;
- приказ о приеме (перевод) медицинского работника на должность, включенную в

Перечень вакантных должностей медицинских работников в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные денежные выплаты, утвержденный Администрацией Наро-Фоминского городского округа.

Приложение: на _____ листах.

(должность руководителя)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Утвержден
 постановлением Администрации
 Наро-Фоминского городского округа
 от 24.04.2024 № 1289

ПЕРЕЧЕНЬ
 вакантных должностей медицинских работников
 в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Московской области,
 при замещении которых осуществляются единовременные денежные выплаты

№ п/п	Наименование и юридический адрес медицинской организации	Наименование и адрес структурного подразделения медицинской организации	Наименование вакантных должностей	Число планируемых к привлечению медицинских работников (физических лиц)
2024 год				
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области "Наро-Фоминская больница", Московская область, г.Наро-Фоминск, ул. Калинина, д.1	Школьное отделение, детско-дошкольное отделение детской поликлиники г. Наро-Фоминск (г.Наро-Фоминск, ул. Калинина, д.1)	Врачи: врач-педиатр	1
			Средний медицинский персонал: медицинская сестра (медицинский брат), фельдшер	3
2025 год				
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области "Наро-Фоминская больница", Московская область, г.Наро-Фоминск, ул. Калинина, д.1	Школьное отделение, детско-дошкольное отделение детской поликлиники г. Наро-Фоминск (г.Наро-Фоминск, ул. Калинина, д.1)	Врачи: врач-педиатр	2
			Средний медицинский персонал: медицинская сестра (медицинский брат), фельдшер	1
2026 год				
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области "Наро-Фоминская больница", Московская область, г.Наро-Фоминск, ул. Калинина, д.1	Школьное отделение, детско-дошкольное отделение детской поликлиники г. Наро-Фоминск (г.Наро-Фоминск, ул. Калинина, д.1)	Врачи: врач-педиатр	1
			Средний медицинский персонал: медицинская сестра (медицинский брат), фельдшер	3