



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
(Депздрав Югры)**

П Р И К А З

**О порядке предоставления в 2015 году
единовременных денежных выплат на хозяйственное обустройство и
единовременных компенсационных выплат отдельным медицинским
(фармацевтическим) работникам из бюджета Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры**

от 16.09.15
Ханты-Мансийск

№ 986

В соответствии с Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 26 июня 2012 года № 86-оз «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре», постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 12 октября 2012 года № 375-п (с изм. от 14 августа 2015 года № 267-п) «О денежных выплатах отдельным медицинским (фармацевтическим) работникам, оказывающим первичную медико-санитарную, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь и паллиативную медицинскую помощь в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре», в целях организации работы по предоставлению денежных выплат заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам (акушеркам) фельдшерско-акушерских пунктов, в 2013 - 2015 годах прибывшим на работу в сельский населенный пункт автономного округа после окончания образовательной организации или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта, не являющегося сельским населенным пунктом автономного округа, медицинским работникам в возрасте старше 45 лет, имеющим высшее медицинское образование, в 2015 году прибывшим на работу в сельский населенный пункт автономного округа или переехавшим на работу из другого населенного пункта, расположенного за пределами Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Форму заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты (приложение 1).

1.2. Форму заявления на предоставление единовременной выплаты на хозяйственное обустройство (приложение 2).

1.3. Форму договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты (далее – договор), (приложение 3).

1.4. Форму соглашения о расторжении договора и возврате части единовременной компенсационной выплаты (далее – соглашение о расторжении договора), (приложение 4).

1.5. Форму акта проверки документов, направленных медицинским работником в целях предоставления единовременной компенсационной выплаты (далее – акт, документы), (приложение 5).

2. Управлению развития системы здравоохранения Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры обеспечить:

2.1. Прием и проверку заявлений на предоставление единовременной компенсационной выплаты и документов с составлением акта.

2.2. Подготовку проектов приказов Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры о предоставлении единовременной компенсационной выплаты или отказе в её предоставлении в течение 30 рабочих дней со дня поступления в Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты и документов (далее – приказ).

2.3. Заключение договоров с медицинскими работниками и подготовку сопроводительного письма в медицинскую организацию, с которой медицинский работник состоит в трудовых отношениях.

2.4. Уведомление финансового управления Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры о досрочном прекращении медицинским работником, получившим единовременную компенсационную выплату, трудовых отношений с медицинской организацией, с приложением копии трудового договора и приказа медицинской организации о расторжении трудового договора (далее - уведомление). Срок – в день получения из медицинской организации приказа о расторжении трудового договора.

2.5. Осуществление мероприятий по возврату части выплат в досудебном порядке при досрочном прекращении трудовых отношений медицинского работника с медицинской организацией посредством заключения соглашений о расторжении договора (далее - часть выплаты).

3. Финансовому управлению Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры обеспечить:

3.1. Предоставление выплаты медицинскому работнику путем перечисления денежных средств на счет, открытый медицинским работником в кредитной организации. Срок – не позднее 30 дней со дня заключения договора.

3.2. Расчет части выплаты и предоставление информации о сумме возврата и реквизитах, на которые необходимо перечислить денежные средства, в Управление развития системы здравоохранения для подготовки проекта соглашения о расторжении договора. Срок - в течение двух рабочих дней со дня получения уведомления.

3.3. Контроль своевременности осуществления единовременных компенсационных выплат и возврата части выплаты.

4. Административному управлению Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры обеспечить

4.1. Направление копий приказа на адрес электронной почты в медицинскую организацию и медицинскому работнику. Срок – не позднее 2 рабочих дней со дня регистрации.

4.2. Направление двух экземпляров договоров на почтовый адрес медицинской организации, с которой медицинский работник, подавший заявление и документы, состоит в трудовых отношениях. Срок – в срок не позднее 5 рабочих дней со дня регистрации.

4.3. Взыскание денежных средств в судебном порядке в случае несвоевременного исполнения медицинским работником обязательств по возврату части выплаты.

5. Главным врачам медицинских организаций, медицинские (фармацевтические) работники которых имеют право на получение единовременных компенсационных выплат и единовременных выплат на хозяйственное обустройство (далее - выплаты), обеспечить:

5.1. Осуществление разъяснительных мероприятий о порядке предоставления выплат до заключения трудового договора с медицинским (фармацевтическим) работником.

5.2. Заключение с медицинскими (фармацевтическими) работниками, имеющими право на получение единовременных компенсационных выплат и единовременных выплат на хозяйственное обустройство, «эффективных контрактов» - трудовых договоров, в которых конкретизированы их должностные обязанности, показатели и критерии оценки труда (эффективности деятельности), условия оплаты труда в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг.

5.3. Осуществление контроля полноты и правильности оформления заявлений на предоставление единовременной компенсационной выплаты и документов.

5.4. Уведомление Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры о досрочном прекращении

медицинским работником, получившим единовременную компенсационную выплату, трудовых отношений с медицинской организацией, с приложением копии трудового договора и приказа медицинской организации о расторжении трудового договора. Срок – в день издания приказа.

5.5. Исполнение мероприятий по возврату части выплаты в соответствии с соглашением о расторжении договора.

6. Приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 4 июня 2014 г. № 420 «О порядке предоставления в 2015 году единовременных денежных выплат на хозяйственное обустройство и единовременных компенсационных выплат отдельным медицинским (фармацевтическим) работникам из окружного бюджета считать утратившим силу.

7. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. директора Департамента



А.В. Владимиров

Приложение 1
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты - Мансийского
автономного округа – Югры
от 16.09.15 № 986

Директору
Департамента здравоохранения
Ханты – Мансийского
автономного округа – Югры

(фамилия, и.о.)
от _____
(фамилия, имя, отчество)

Заявление на предоставление единовременной компенсационной выплаты

Прошу предоставить единовременную компенсационную выплату в размере **одного миллиона рублей (пятисот тысяч рублей)** на счет открытый в кредитной организации из средств бюджета автономного округа в соответствии с Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 26 июня 2012 года № 86-оз «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре», постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 12 октября 2012 года № 375-п.

О себе сообщаю следующее:

1.	Фамилия, имя, отчество (полностью)	
2.	Дата рождения (дд.мм.гггг), возраст	
3.	Документ, удостоверяющий личность (паспорт: серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)	
4.	Документ о высшем медицинском образовании (диплом: серия, номер, кем и когда выдан)	
5.	Документ, допускающий к осуществлению медицинской деятельности (сертификат специалиста: серия, номер кем и когда выдан)	

6.	Наименование медицинской организации, в которой осуществляю трудовую деятельность	
7.	Занимаемая должность	
8.	Трудовой договор (номер, дата заключения)	
9.	Адрес места жительства в населенном пункте по месту работы	
10.	Адрес постоянного места жительства до принятия на работу в медицинскую организацию	
11.	Номера телефонов: рабочего мобильного адрес электронный почты	
12.	Номер моего лицевого счета открытого в кредитной организации Ф.И.О. полностью	№ _____

Копии документов прилагаю, согласен (согласна) на заключение Договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты обязывающий меня в течение 5 лет, в которые не включаются периоды нахождения в отпуске без сохранения заработной платы и в отпуске по уходу за ребенком, отработать по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством, в соответствии с трудовым договором от _____ № _____, заключенным с медицинской организацией.

(личная подпись)

2015 г.

(дата)

Приложение 2
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты - Мансийского
автономного округа – Югры
от 16.09.15 № 986

Главному врачу

(наименование медицинской организации)

(фамилия, и.о.)

ОТ _____
(фамилия, имя, отчество)

Заявление на предоставление
единовременной выплаты на хозяйственное обустройство

Прошу предоставить единовременную выплату на хозяйственное обустройство в размере ста тысяч рублей в соответствии Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 26 июня 2012 года № 86-оз «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре», постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 12 октября 2012 года №375-п.

О себе сообщаю следующее:

1.	Фамилия, имя, отчество (полностью)	
2.	Дата рождения (дд.мм.гггг).	
3.	Сведения о документе, удостоверяющем личность (вид документа, серия и номер, кем и когда выдан, код подразделения)	
4.	Сведения о документе о высшем (среднем) медицинском (фармацевтическом) образовании (вид документа, серия и номер, кем и когда выдан)	
5.	Наименование медицинской организации, в которой осуществляю трудовую деятельность	
6.	Занимаемая должность, номер Трудового договора, дата его заключения	

7.	Адрес места жительства в населенном пункте по месту работы	
8.	Адрес постоянного места жительства до принятия на работу в медицинскую организацию	
9.	Номер телефона, почтовый (электронный) адрес, на который должно быть направлено уведомление о принятом решении	
10.	Реквизиты банковского счета получателя, открытого в кредитной организации, для перечисления выплат с указанием: банка получателя, БИК, ИНН и КПП банка получателя корреспондентского счета расчетного счета номера лицевого счета получателя Ф.И.О. получателя полностью	

(личная подпись)

2015 г.

(дата)

Приложение 3
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты - Мансийского
автономного округа – Югры
от 16.09.15 № 986

Договор № _____
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

г. Ханты-Мансийск

« ____ » _____ 2015 г.

Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, именуемый в дальнейшем «Департамент», в лице директора _____,

(Ф.И.О.)

действующего на основании Положения, с одной стороны,

(полное название медицинской организации)

именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице главного врача _____,

(Ф.И.О.)

действующего на основании Устава, с другой стороны, и Медицинский работник _____,

(Ф.И.О.)

заключивший трудовой договор от _____ № _____ с Медицинской организацией, именуемый в дальнейшем «Медицинский работник», с третьей стороны, вместе именуемые «сторонами», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

Настоящим договором устанавливаются взаимные обязательства сторон в связи с предоставлением Медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты (далее – выплата), предусмотренной статьей 3.1 Закона Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 26 июня 2012 года № 86-оз «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре», постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 12 октября 2012 года № 375-п «О денежных выплатах отдельным медицинским (фармацевтическим) работникам, оказывающим первичную медико-санитарную, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь и паллиативную медицинскую помощь в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» (далее - закон, постановление).

2. Обязательства сторон

2.1. Обязательства Департамента:

2.1.1. Рассмотреть заявление на предоставление выплаты и документы Медицинского работника в порядке и в сроки, установленные пунктами 3 - 8 постановления.

2.1.2. Произвести выплату Медицинскому работнику в размере одного миллиона рублей путем перечисления денежных средств на счет, открытый им в кредитной организации, в срок не позднее 30 дней со дня заключения настоящего договора.

2.1.3. В случае получения уведомления от Медицинской организации о досрочном прекращении трудового договора рассчитать часть выплаты, подлежащей возврату с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному Медицинским работником периоду, с указанием реквизитов счета для возврата средств и подготовить соглашение о расторжении договора.

2.2. Обязательства Медицинской организации:

2.2.1. Осуществлять сопровождение договоров заключенных с Медицинским работником, получившим выплату.

2.2.2. В случае прекращения трудового договора с Медицинским работником, получившим выплату, в течение 1 дня уведомить Департамент с указанием оснований его прекращения.

2.3. Обязательства Медицинского работника:

2.3.1. Работать в Медицинской организации в течение 5 (пяти) лет, в которые не включаются периоды нахождения в отпуске без сохранения заработной платы и в отпуске по уходу за ребенком, по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с заключенным трудовым договором. Срок работы в медицинской организации исчислять со дня заключения трудового договора.

2.3.2. В случае досрочного прекращения трудового договора подписать соглашение о расторжении договора и вернуть в течение 30 дней Департаменту часть выплаты, рассчитанной согласно подпункту 2.1.3. пункта 2 настоящего договора (за исключением прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2, 4 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6, 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации).

3. Ответственность сторон

3.1. В случае неисполнения Медицинским работником обязанности, предусмотренной подпунктом 2.3.2 пункта 2.3 настоящего договора, он, помимо возврата части выплаты, уплачивает Департаменту неустойку (пеню) в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка России от части выплаты, подлежащей возврату, за каждый день

просрочки исполнения, исчисленной на день возникновения указанной обязанности.

3.2 В случае ненадлежащего исполнения иных обязательств по договору, в том числе просрочки их исполнения стороны несут ответственность в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

4. Заключительные положения

4.1. Споры, возникающие между сторонами настоящего договора в связи с его исполнением, которые стороны не смогли урегулировать путем переговоров, подлежат разрешению в соответствующем суде по месту нахождения Уполномоченного органа.

4.2. Договор вступает в силу со дня его подписания всеми сторонами и действует в течение 5 лет в соответствии с подпунктом 2.3.1. пункта 2. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, а также в судебном порядке.

4.3. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

5. Адреса и реквизиты сторон

Департамент:

Департамент здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры
628011 г. Ханты-Мансийск,
ул. Карла Маркса, д.32

Медицинская организация

(должность)

(должность)

(подпись) _____
(расшифровка подписи)

(подпись) _____
(расшифровка подписи)

М.П.

М.П.

« ____ » _____ 2015 г.

« ____ » _____ 2015 г.

Медицинский работник:

(Ф.И.О.)

Паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

« ____ » _____ 2015 г.

(подпись)

Приложение 4
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты - Мансийского
автономного округа – Югры
от 16.09.15 № 986

Соглашение № _____
о расторжении договора и возврате части единовременной
компенсационной выплаты

г. Ханты-Мансийск

_____ 2015г.

Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, именуемый в дальнейшем «Уполномоченный орган», в лице директора _____, действующего на основании Положения, с одной стороны, и наименование медицинской организации, именуемое в дальнейшем «Учреждение здравоохранения», в лице должность, фамилия, имя, отчество руководителя, действующей (его) на основании документа, на основании которого действует руководитель юридического лица, с другой стороны, и Ф.И.О. врача, которому предоставлена единовременная компенсационная выплата именуемый в дальнейшем «Медицинский работник», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Руководствуясь п. 1 ст. 450 ГК РФ, Стороны договорились расторгнуть Договор _____ о предоставлении единовременной компенсационной выплаты (далее – Договор).

2. Медицинский работник обязуется вернуть Уполномоченному органу денежные средства (часть денежных средств), пропорционально не отработанному _____ периоду _____ в _____ сумме

3. Медицинский работник обязуется в срок до _____ 20__ г. перечислить денежные средства (часть денежных средств), согласно п. 2 настоящего Соглашения, по следующим реквизитам:

Наименование Управление Федерального казначейства: УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре; Наименование получателя: Депздрав Югры; Адрес: 628011, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (Тюменская область), г. Ханты-Мансийск, ул. Карла Маркса 32; ИНН 8601002141; КПП 860101001; Л/с: 04872029900; Банк: РКЦ Ханты-Мансийск, г. Ханты-Мансийск; БИК 047162000; Р/с: 40101810900000010001; ОКТМО 71871000; Код администратора доходов: 620 , КБК: 62011302992020002130 «возврат части единовременной компенсационной выплаты от врача Ф.И.О. _____».

4. Договор считается расторгнутым с момента исполнения Медицинским работником своих обязательств, предусмотренных п.2 и 3 настоящего Соглашения.

5. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания его Сторонами, составлено в 3-х экземплярах по одному для каждой из Сторон.

6. Подписи Сторон:

Департамент:
Департамент здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры
628011 г. Ханты-Мансийск,
ул. Карла Маркса, д.32

Медицинская организация

(должность)

(должность)

(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

М.П.

« ____ » _____ 2015 г.

« ____ » _____ 2015 г.

Медицинский работник:

(Ф.И.О.)

Паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

« ____ » _____ 2015 г.

(подпись)

Приложение 5
к приказу Департамента здравоохранения
Ханты - Мансийского
автономного округа – Югры
от 16.09.15 № 986

Акт проверки документов, направленных медицинским работником в целях
предоставления единовременной компенсационной выплаты

Медицинский работник – _____

(фамилия, имя, отчество заявителя, возраст)

№ п/п	Наименование документа	Отметка о наличии	Примечания
1.	Заявление		
2.	Копия паспорта		
3.	Копия диплома		
4.	Копия сертификата специалиста		
5.	Копия трудовой книжки, заверенной в установленном порядке		
6.	Копия трудового договора с медицинской организацией, в котором конкретизированы их должностные обязанности, показатели и критерии оценки труда (эффективности деятельности), условия оплаты труда в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг		
7.	Реквизиты для перечисления на счет банка		
8.	Договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты		
Другие документы, представленные заявителем			
9.	Копия дополнительного соглашения к трудовому договору		
10.	Копия документа, подтверждающего факт смены фамилии, имени, отчества		
11.	Копия диплома о профессиональной переподготовке		
12.	Копия свидетельства о повышении квалификации		
13.	Копия удостоверения (диплома) об ординатуре, интернатуре		

Специалист Депздрава Югры _____

Дата _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество)
« _____ » _____ 2015г.