АДМИНИСТРАЦИЯ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 14 марта 2018 г. N 180

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЕДИНОВРЕМЕННЫХ

КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ (ВРАЧАМ,

ФЕЛЬДШЕРАМ) В ВОЗРАСТЕ ДО 50 ЛЕТ, ПРИБЫВШИМ (ПЕРЕЕХАВШИМ)

НА РАБОТУ В СЕЛЬСКИЕ НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ, ЛИБО РАБОЧИЕ

ПОСЕЛКИ, ЛИБО ПОСЕЛКИ ГОРОДСКОГО ТИПА, ЛИБО ГОРОДА

С НАСЕЛЕНИЕМ ДО 50 ТЫС. ЧЕЛОВЕК

В соответствии с [постановлением](consultantplus://offline/ref=2E56815D4B98B5619090D72C3F52AD2D7A62C2B346180701931B845CF49AFB5DCDBBDE6384AE491FRAy9F) Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года N 1640 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" администрация Липецкой области постановляет:

Утвердить [Порядок](#P40) предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек (приложение).

Глава администрации

Липецкой области

О.П.КОРОЛЕВ

Приложение

к постановлению

администрации Липецкой

области "Об утверждении

Порядка предоставления

единовременных компенсационных

выплат медицинским работникам

(врачам, фельдшерам) в возрасте

до 50 лет, прибывшим

(переехавшим) на работу

в сельские населенные пункты,

либо рабочие поселки,

либо поселки городского типа,

либо города с населением

до 50 тыс. человек"

ПОРЯДОК

ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЕДИНОВРЕМЕННЫХ КОМПЕНСАЦИОННЫХ ВЫПЛАТ

МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ (ВРАЧАМ, ФЕЛЬДШЕРАМ) В ВОЗРАСТЕ ДО 50

ЛЕТ, ПРИБЫВШИМ (ПЕРЕЕХАВШИМ) НА РАБОТУ В СЕЛЬСКИЕ НАСЕЛЕННЫЕ

ПУНКТЫ, ЛИБО РАБОЧИЕ ПОСЕЛКИ, ЛИБО ПОСЕЛКИ ГОРОДСКОГО ТИПА,

ЛИБО ГОРОДА С НАСЕЛЕНИЕМ ДО 50 ТЫС. ЧЕЛОВЕК

1. Настоящий Порядок определяет механизм предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам), отвечающим условиям, предусмотренным [Правилами](consultantplus://offline/ref=2E56815D4B98B5619090D72C3F52AD2D7A62C2B346180701931B845CF49AFB5DCDBBDE6384AE491FRAy9F) предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и г. Байконура на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года N 1640 (далее соответственно - Медицинский работник, Правила).

2. Единовременная компенсационная выплата предоставляется Медицинскому работнику на основании договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты, заключенного Медицинским работником с управлением здравоохранения Липецкой области (далее соответственно - Договор, Управление), по которому Медицинский работник принимает обязательства, предусмотренные Правилами.

3. Для заключения Договора Медицинский работник подает в Управление [заявление](#P104) по форме согласно приложению к настоящему Порядку (далее - Заявление).

4. При подаче Заявления Медицинский работник предъявляет документ, удостоверяющий личность, а также представляет следующие документы:

диплом о высшем образовании для врачей либо диплом о среднем профессиональном образовании для фельдшеров;

трудовой договор, заключенный между Медицинским работником и медицинской организацией, подведомственной Управлению;

справку из кредитной организации, подтверждающую открытие (наличие) расчетного счета на имя Медицинского работника;

копию трудовой книжки, заверенную работодателем.

5. Управление обеспечивает изготовление копий подлинников документов, представленных Медицинским работником, в момент принятия Заявления. После изготовления копий документов подлинники возвращаются Медицинскому работнику.

6. В случае если Заявление, поданное в Управление, оформлено с нарушением требований, установленных в [пункте 3](#P49) настоящего Порядка, и (или) документы, указанные в [пункте 4](#P50) настоящего Порядка, представлены не в полном объеме, Управление отказывает в их принятии.

7. Управление в течение 30 рабочих дней со дня принятия документов от Медицинского работника осуществляет их рассмотрение и принимает решение о заключении с Медицинским работником Договора либо об отказе в его заключении с указанием оснований для отказа. Решение Управления оформляется приказом.

Основанием для отказа в заключении Договора является обнаружение недостоверных сведений, содержащихся в представленных документах, а также несоответствие Медицинского работника условиям, предусмотренным Правилами.

8. В случае принятия решения о заключении Договора с Медицинским работником Управление в течение 1 рабочего дня со дня его принятия направляет Медицинскому работнику уведомление о принятом решении с указанием места и времени заключения Договора.

Уведомление направляется заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или иным способом, указанным Медицинским работником в Заявлении.

9. Договор заключается с Медицинским работником при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

10. В случае принятия решения об отказе в заключении Договора Управление в течение 1 рабочего дня со дня его принятия направляет Медицинскому работнику копию решения об отказе в заключении Договора заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или иным способом, указанным Медицинским работником в Заявлении.

11. Управление в течение 60 рабочих дней со дня заключения Договора перечисляет единовременную компенсационную выплату на расчетный счет Медицинского работника, открытый в кредитной организации.

Приложение

к Порядку

предоставления единовременных

компенсационных выплат

медицинским работникам

(врачам, фельдшерам) в возрасте

до 50 лет, прибывшим

(переехавшим) на работу

в сельские населенные пункты,

либо рабочие поселки,

либо поселки городского типа,

либо города с населением

до 50 тыс. человек

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование уполномоченного органа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. медицинского работника

в родительном падеже

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты документа, удостоверяющего личность

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с указанием междугородного кода

населенного пункта

адрес электронной почты (при наличии):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу рассмотреть вопрос о заключении договора о предоставлении

единовременной компенсационной выплаты в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с [постановлением](consultantplus://offline/ref=2E56815D4B98B5619090D72C3F52AD2D7A62C2B346180701931B845CF4R9yAF) Правительства Российской Федерации от 26

декабря 2017 года N 1640 "Об утверждении государственной программы

Российской Федерации "Развитие здравоохранения" и перечислить

единовременную компенсационную выплату на мой расчетный счет, открытый в

кредитной организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование кредитной организации, банковские реквизиты,

номер расчетного счета)

Согласен(на) на обработку моих персональных данных в информационных

системах управления здравоохранения Липецкой области, Министерства

здравоохранения Российской Федерации.

О принятом решении прошу сообщить (нужное подчеркнуть):

по указанным контактным телефонам;

на указанный адрес электронной почты.

Приложение: на \_\_\_\_ листах.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата