



ПРАВИТЕЛЬСТВО САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 28 декабря 2018 г. № 664

г. Южно-Сахалинск

Об утверждении Порядка предоставления ежемесячной денежной выплаты медицинским работникам, установленной Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области»

В соответствии со статьей 4 Закона Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области» Правительство Сахалинской области **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить Порядок предоставления ежемесячной денежной выплаты медицинским работникам, установленной Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области» (прилагается).

2. Опубликовать настоящее постановление в газете «Губернские ведомости», на официальном сайте Губернатора и Правительства Сахалинской области, на «Официальном интернет-портале правовой информации».

3. Настоящее постановление вступает в силу с 01 января 2019 года.

Исполняющий обязанности председателя
Правительства Сахалинской области



А.В.Белик

УТВЕРЖДЕН
постановлением Правительства
Сахалинской области
от 28 декабря 2018 г. № 664

ПОРЯДОК

**предоставления ежемесячной денежной выплаты медицинским
работникам, установленной Законом Сахалинской области от 27.07.2018
№ 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским
работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь
на территории Сахалинской области»**

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок определяет правила и условия предоставления ежемесячной денежной выплаты, установленной Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области» (далее – ЕДВ, Порядок, Закон).

1.2. ЕДВ предоставляется оказывающим первичную доврачебную медико-санитарную помощь и первичную врачебную медико-санитарную помощь медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и поликлиник (поликлинических отделений), которые являются подразделениями государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области (далее - медицинские работники, заявители, получатели), при одновременном соблюдении следующих условий:

1) основным местом работы медицинского работника является государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области (далее - основное место работы);

2) рабочее место медицинского работника по основному месту работы расположено вне границ города Южно-Сахалинска;

3) медицинский работник по основному месту работы занимает одну из следующих штатных должностей:

а) в поликлиниках (поликлинических отделениях):

- врач общей практики (семейный врач);
- врач-терапевт;
- врач-педиатр;
- врач-терапевт участковый;
- врач-педиатр участковый;
- заведующий отделением медицинской профилактики, врач (фельдшер) кабинета медицинской профилактики, медицинская сестра отделения (кабинета) медицинской профилактики;

- медицинская сестра участковая;
- медицинская сестра врача общей практики (семейного врача);

б) во врачебных амбулаториях:

- врач общей практики (семейный врач);
- врач-терапевт;
- врач-педиатр;
- врач-терапевт участковый;
- врач-педиатр участковый;
- медицинская сестра участковая;
- медицинская сестра врача общей практики (семейного врача);
- акушер;
- фельдшер;
- медицинская сестра;

в) в фельдшерско-акушерских пунктах:

- заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - фельдшер, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - акушер, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - медицинская сестра;

- акушер;
- фельдшер;
- медицинская сестра;

4) медицинский работник достиг возраста 50 и 55 лет (соответственно женщины и мужчины);

5) медицинский работник имеет трудовой стаж по специальности не менее 20 лет, из них в сельской местности - не менее 10 лет. Под трудовым стажем по специальности понимается стаж работы в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области и (или) муниципальных учреждениях здравоохранения в Сахалинской области на штатных должностях, указанных в подпункте 3 настоящего пункта.

1.3. Право на ЕДВ сохраняется за медицинскими работниками после их увольнения в связи с выходом на пенсию в размере, установленном на день увольнения.

1.4. ЕДВ выплачивается работнику государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области только по одному основанию.

1.5. ЕДВ выплачивается в размере, установленном частями 2 и 3 статьи 2 Закона, и не зависит от количества фактически отработанных медицинским работником дней в течение месяца.

2. Органы и организации, осуществляющие выплату ЕДВ

2.1. Выплата ЕДВ лицам, указанным в пункте 1.2 настоящего Порядка, а также сохранившим право на получение ЕДВ после выхода на пенсию и работающим по основному месту работы в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области осуществляется государственным учреждением здравоохранения Сахалинской области по основному месту работы (далее - работодатель).

Выплата ЕДВ производится за счет средств областного бюджета. Государственным бюджетным (автономным) учреждениям здравоохранения Сахалинской области на эти цели предоставляются целевые субсидии. Государственные казенные учреждения здравоохранения Сахалинской области вы-

плату ЕДВ осуществляют в пределах предусмотренных лимитов бюджетных обязательств.

2.2. Выплата ЕДВ неработающим в государственном учреждении здравоохранения Сахалинской области по основному месту работы получателям, сохранившим право на ЕДВ, осуществляется министерством социальной защиты Сахалинской области через государственное казенное учреждение «Центр социальной поддержки Сахалинской области» (далее - Центр социальной поддержки) за счет средств областного бюджета.

2.3. Действия (бездействие) и решения должностных лиц организаций, предоставляющих ЕДВ, обжалуются в установленном законодательством внесудебном и судебном порядках.

3. Порядок предоставления ЕДВ лицам, указанным в пункте 1.2 настоящего Порядка

3.1. ЕДВ лицам, указанным в пункте 1.2 настоящего Порядка, предоставляется по основному месту работы на основании решения о назначении ЕДВ, принимаемого работодателем.

3.2. Решение о назначении ЕДВ или об отказе в назначении принимается по результатам рассмотрения письменного заявления гражданина (далее - также заявитель) по форме № 1 к настоящему Порядку и прилагаемых к нему следующих документов:

- 1) копии паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, действительного на дату его представления (предъявляется оригинал документа или его надлежащим образом заверенная копия);
- 2) реквизитов лицевого счета (банковской карты), открытого(ой) в российской кредитной организации.

Ответственность за достоверность и полноту представляемых сведений и документов, являющихся основанием для назначения ЕДВ, возлагается на заявителя.

3.3. Основаниями для отказа в приеме документов, необходимых для назначения ЕДВ, являются:

- представление заявления с незаполненными полями;
- отсутствие документов, подтверждающих личность заявителя, или отказ предъявить такие документы уполномоченному должностному лицу работодателя, ответственному за прием и регистрацию заявления и соответствующих документов;
- представление документов, предусмотренных пунктом 3.2 настоящего Порядка, в неполном или искаженном виде.

3.4. Решение о назначении либо отказе в назначении ЕДВ принимается работодателем в течение пяти рабочих дней после поступления документов, установленных пунктом 3.2 настоящего Порядка.

3.5. В случае принятия решения об отказе в назначении ЕДВ заявителю в течение пяти рабочих дней со дня его принятия направляется письменное уведомление с указанием причин отказа.

При наличии письменного согласия заявителя уведомление о принятом решении направляется посредством СМС-сообщения.

3.6. Основаниями для отказа в назначении ЕДВ являются:

- представление заявителем неполных и (или) заведомо недостоверных сведений;
- отсутствие права на ЕДВ;
- действующее решение о назначении ЕДВ заявителю в соответствии с разделом 4 настоящего Порядка.

3.7. По истечении пятилетнего срока с даты принятия решения работодателем о назначении ЕДВ работодатель принимает решение о выплате ЕДВ получателю в повышенном размере.

3.8. Выплата ЕДВ в повышенном размере производится со следующего месяца после окончания пятилетнего срока с даты принятия решения работодателем о назначении ЕДВ.

3.9. Выплата ЕДВ осуществляется работодателем один раз в месяц на счет получателя, открытый в кредитной организации, до 30-го числа каждого месяца.

3.10. Суммы ЕДВ, излишне выплаченные получателю, в том числе вследствие непредставления или несвоевременного представления необходимых сведений, а также представления документов, содержащих заведомо недостоверные сведения, подлежат удержанию из сумм последующих выплат, а при прекращении выплаты возмещаются получателем добровольно.

В случае отказа гражданина от добровольного возврата излишне полученных средств, они взыскиваются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Суммы ЕДВ, начисленные получателю и не полученные им в связи со смертью, выплачиваются наследникам в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

3.11. Основаниями для прекращения выплаты ЕДВ являются:

- прекращение трудового договора получателя ЕДВ с работодателем по основному месту работы;
- несоответствие занимаемой штатной должности по основному месту работы, указанным в подпункте 3 пункта 1.2 настоящего Порядка;
- изменение расположения рабочего места получателя по основному месту работы на границы города Южно-Сахалинска.

3.12. Выплата ЕДВ прекращается с месяца, следующего за месяцем расторжения трудового договора или возникновения иных оснований для прекращения выплаты ЕДВ.

3.13. Лица, утратившие право на получение ЕДВ, в том числе в повышенном размере, имеют право на ее получение вновь при соблюдении условий, указанных в пункте 1.2 настоящего Порядка. При этом ЕДВ в повышенном размере выплачивается только после окончания пятилетнего срока с даты принятия последнего по дате решения работодателя о назначении ЕДВ.

3.14. Ответственность за невыплаченные суммы ЕДВ в случае непредставления сведений о закрытии или изменении счета в кредитной организации возлагается на получателя.

4. Порядок предоставления ЕДВ лицам, указанным в пункте 1.3 настоящего Порядка, работающим в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области по основному месту работы

4.1. ЕДВ лицам, указанным в пункте 1.3 настоящего Порядка, работающим в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области по основному месту работы, предоставляется по основному месту работы на основании решения о назначении ЕДВ, принимаемого работодателем.

4.2. Решение о назначении ЕДВ или об отказе в назначении принимается по результатам рассмотрения письменного заявления заявителя по форме № 2 к настоящему Порядку и прилагаемых к нему следующих документов:

1) копии паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, действительного на дату его представления (предъявляется оригинал документа или его надлежащим образом заверенная копия);

2) реквизитов лицевого счета (банковской карты), открытого(ой) в российской кредитной организации;

3) справки работодателя с последнего места работы о получении ЕДВ с указанием оснований назначения ЕДВ, ее размера и последнего периода, за который предоставлена ЕДВ, а также оснований расторжения трудового договора.

Ответственность за достоверность и полноту представляемых сведений и документов, являющихся основанием для назначения ЕДВ, возлагается на заявителя.

4.3. Основаниями для отказа в приеме документов, необходимых для назначения ЕДВ, являются:

- представление заявления с незаполненными полями;
- отсутствие документов, подтверждающих личность заявителя, или отказ предъявить такие документы уполномоченному должностному лицу, ответственному за прием и регистрацию заявления и соответствующих документов;

- представление документов, предусмотренных пунктом 4.2 настоящего Порядка, в неполном или искаженном виде.

4.4. Решение о назначении ЕДВ либо отказе в назначении ЕДВ принимается работодателем в течение пяти рабочих дней после поступления документов, установленных пунктом 4.2 настоящего Порядка.

4.5. В случае принятия решения об отказе в назначении ЕДВ заявителю в течение пяти рабочих дней со дня его принятия направляется письменное уведомление с указанием причин отказа.

При наличии письменного согласия заявителя уведомление о принятом решении направляется посредством СМС-сообщения.

4.6. Основаниями для отказа в назначении ЕДВ являются:

- представление заявителем неполных и (или) заведомо недостоверных сведений для назначения ЕДВ;
- отсутствие права на назначение ЕДВ.

4.7. Выплата ЕДВ осуществляется один раз в месяц на счета получателей, открытые в кредитных организациях, до 30-го числа каждого месяца.

4.8. Суммы ЕДВ, излишне выплаченные получателю, в том числе вследствие непредставления или несвоевременного представления необходимых сведений, а также представления документов, содержащих заведомо недостоверные сведения, подлежат удержанию из сумм последующих выплат, а при прекращении выплаты возмещаются получателем добровольно.

В случае отказа гражданина от добровольного возврата излишне полученных средств, они взыскиваются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Суммы ЕДВ, начисленные получателю и не полученные им в связи со смертью, выплачиваются наследникам в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

4.9. Ответственность за невыплаченные суммы ЕДВ в случае непредставления получателем сведений о закрытии или изменении счета в кредитной организации возлагается на получателя.

5. Порядок предоставления ЕДВ лицам,
указанным в пункте 1.3 настоящего Порядка, не работающим в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области по основному месту работы

5.1. ЕДВ лицам, указанным в пункте 1.3 настоящего Порядка, не работающим в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области по основному месту работы, предоставляется Центром социальной поддержки.

5.2. Решение о назначении или об отказе в назначении ЕДВ принимается Центром социальной поддержки по результатам рассмотрения письменного заявления заявителя по форме № 3 к настоящему Порядку и прилагаемых к нему следующих документов:

1) паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, действительного на дату его представления (оригинал документа или его надлежащим образом заверенная копия);

2) трудовой книжки (оригинал документа или его надлежащим образом заверенная копия);

3) реквизитов лицевого счета (банковской карты), открытого(ой) в российской кредитной организации;

4) справки работодателя о получении ЕДВ с указанием размера ЕДВ, последнего периода, за который предоставлена ЕДВ и оснований расторжения трудового договора.

Законные представители заявителя дополнительно представляют документы, подтверждающие статус и полномочия законного представителя.

Копии документов, не заверенные в установленном порядке, представляются с предъявлением оригиналов.

Ответственность за достоверность и полноту представляемых сведений и документов, являющихся основанием для назначения ЕДВ, возлагается на заявителя.

5.3. Основаниями для отказа в приеме документов, необходимых для назначения ЕДВ, являются:

- представление заявления с незаполненными полями;
- отсутствие документов, подтверждающих личность заявителя, или отказ предъявить такие документы уполномоченному должностному лицу Центра социальной поддержки, ответственному за прием и регистрацию заявления и соответствующих документов;
- представление документов, предусмотренных пунктом 5.2 настоящего Порядка, в неполном или искаженном виде.

5.4. Решение о назначении ЕДВ либо отказе в назначении ЕДВ принимается Центром социальной поддержки в течение пяти рабочих дней после поступления документов, установленных пунктом 5.2 настоящего Порядка.

5.5. О результатах принятого решения уведомление вручается заявителю или направляется ему по почте. В случае принятия решения об отказе в назначении ЕДВ заявителю в течение пяти рабочих дней со дня его принятия направляется письменное уведомление с указанием причин отказа и документами, которые были приложены к заявлению, копии документов остаются в Центре социальной поддержки. При наличии письменного согласия заявителя уведомление о принятом решении направляется посредством СМС-сообщения.

5.6. Основаниями для отказа в назначении ЕДВ являются:

- представление заявителем неполных и (или) заведомо недостоверных сведений для назначения ЕДВ;
- отсутствие права на назначение ЕДВ.

5.7. Выплата ЕДВ осуществляется один раз в месяц на счета получателей, открытые в кредитных организациях, до 30-го числа каждого месяца.

5.8. Суммы ЕДВ, излишне выплаченные получателю, в том числе вследствие непредставления или несвоевременного представления необходимых сведений, а также представления документов, содержащих заведомо недостоверные сведения, подлежат удержанию из сумм последующих выплат, а при прекращении выплаты возмещаются получателем добровольно.

В случае отказа гражданина от добровольного возврата излишне полученных средств, они взыскиваются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Суммы ЕДВ, начисленные получателю и не полученные им в связи со смертью, выплачиваются наследникам в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

5.9. Ответственность за невыплаченные суммы ЕДВ в случае непредставления получателем сведений о закрытии или изменении счета в кредитной организации возлагается на получателя.

6. Контроль

Контроль за соблюдением настоящего Порядка осуществляют министерство здравоохранения Сахалинской области, министерство социальной защиты Сахалинской области и органы государственного финансового контроля.

ФОРМА № 1

к Порядку предоставления ежемесячной денежной выплаты медицинским работникам, установленной Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области», утвержденному постановлением Правительства Сахалинской области

от 28 декабря 2018 г. № 664

(наименование работодателя)

(ФИО заявителя полностью)

проживающего(-ей) по адресу: _____

дата рождения: _____

паспорт: серия _____ № _____

когда выдан _____ кем выдан _____

Контактный телефон: _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

на предоставление ежемесячной денежной выплаты, установленной Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области»

Прошу предоставить ежемесячную денежную выплату, установленную Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области».

С Порядком предоставления ежемесячной денежной выплаты медицинским работникам, установленной Законом Сахалинской области от

27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области» ознакомлен(а).

Подтверждаю, что:

1) моим основным местом работы является _____
(наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области)

2) рабочее место по основному месту работы расположено вне границ города Южно-Сахалинска;

3) по основному месту работы занимаю одну из следующих штатных должностей (нужное подчеркнуть):

а) в поликлинике (поликлиническом отделении):

врач общей практики (семейный врач);

врач-терапевт;

врач-педиатр;

врач-терапевт участковый;

врач-педиатр участковый;

заведующий отделением медицинской профилактики, врач (фельдшер) кабинета медицинской профилактики, медицинская сестра отделения (кабинета) медицинской профилактики;

медицинская сестра участковая;

медицинская сестра врача общей практики (семейного врача);

б) во врачебных амбулаториях:

врач общей практики (семейный врач);

врач-терапевт;

врач-педиатр;

врач-терапевт участковый;

врач-педиатр участковый;

медицинская сестра участковая;

медицинская сестра врача общей практики (семейного врача);

акушер;

фельдшер;

медицинская сестра;

в) в фельдшерско-акушерских пунктах:

заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - фельдшер, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - акушер, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - медицинская сестра;

акушер;

фельдшер;

медицинская сестра;

4) пол женский/ мужской ((нужное подчеркнуть)

5) возраст составляет _____ полных лет.

б) имею трудовой стаж по специальности¹ _____ лет, из них в сельской местности - _____ лет.

Сведения о трудовом стаже по специальности:

Период работы				Должность, наименование и местонахождение организации	
с		по			
с		по			
с		по			
с		по			
с		по			

Выплату прошу производить на лицевой счет в кредитную организацию*.

Расчетный счет № _____

В банке (указать банк) _____

Филиал № _____

Реквизиты банка _____

Обязуюсь в 5-дневный срок сообщать работодателю о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление ежемесячной денежной выплаты (изменение счета в кредитной организации).

Заявляю о согласии в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, с целью предоставления ЕДВ

Настоящее заявление о согласии на обработку персональных данных действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Опись документов, прилагаемых к заявлению:

№ пп.	Наименование документа	Количество страниц
1.		

¹ Под трудовым стажем по специальности понимается стаж работы в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области и (или) муниципальных учреждениях здравоохранения в Сахалинской области на штатных должностях, указанных в пункте 3.

* дополнительно прилагается копия документа с указанием банковских реквизитов счета.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

К настоящему заявлению прилагаю документы в количестве _____ шт. согласно прилагаемой описи.

О принятом решении прошу известить посредством СМС-сообщения/ путем направления (вручения) письменного уведомления (нужное подчеркнуть).

ФИО заявителя/законного представителя _____

Подпись заявителя _____ дата « _____ » _____ 20__ г.

Подпись специалиста _____ дата « _____ » _____ 20__ г.

Наличие документов согласно описи проверил

_____ дата « _____ » _____ 20__ г.

ФОРМА № 2

к Порядку предоставления ежемесячной
денежной выплаты медицинским работникам,
установленной Законом Сахалинской области
от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной
социальной гарантии медицинским
работникам, оказывающим первичную
медико-санитарную помощь на территории
Сахалинской области», утвержденному
постановлением Правительства
Сахалинской области
от 28 декабря 2018 г. № 664

(наименование работодателя)

(ФИО заявителя полностью)

проживающего(-ей) по адресу: _____

дата рождения: _____

паспорт: серия _____ № _____

когда выдан _____ кем выдан _____

Контактный телефон: _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

**на предоставление ежемесячной денежной выплаты, установленной
Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной
социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской
области»**

Прошу предоставить ежемесячную денежную выплату в соответствии с
Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной
социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную
медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области».

Ежемесячная денежная выплата была назначена в

(наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области)

Уволен(а) _____ из' _____
 дата (наименование государственного учреждения
 здравоохранения Сахалинской области)

В СВЯЗИ С ВЫХОДОМ НА ПЕНСИЮ.

Размер выплаты на день увольнения составлял _____ рублей.

С Порядком предоставления ежемесячной денежной выплаты медицинским работникам, установленной Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области» ознакомлен(а).

Выплату прошу производить на лицевой счет в кредитную организацию*.

Расчетный счет № _____

В банке (указать банк) _____

Филиал № _____

Реквизиты банка

Обязуюсь в 5-дневный срок сообщать о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление ежемесячной денежной выплаты (изменение счета в кредитной организации, устройство на работу, дающее право на получение ежемесячной денежной выплаты по месту основной работы).

Заявляю о согласии в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, с целью предоставления ЕДВ

Настоящее заявление о согласии на обработку персональных данных действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Опись документов, прилагаемых к заявлению:

№ пп.	Наименование документа	Количество страниц

--	--	--

* дополнительно прилагается копия документа с указанием банковских реквизитов счета.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

К настоящему заявлению прилагаю документы в количестве _____ шт. согласно прилагаемой описи.

О принятом решении прошу известить посредством СМС-сообщения/ путем направления (вручения) письменного уведомления (нужное подчеркнуть).

ФИО заявителя/законного представителя _____

Подпись заявителя _____ дата « _____ » _____ 20__ г.

Подпись специалиста _____ дата « _____ » _____ 20__ г.

Наличие документов согласно описи проверил

_____ дата « _____ » _____ 20__ г.

ФОРМА № 3

к Порядку предоставления ежемесячной
денежной выплаты медицинским работникам,
установленной Законом Сахалинской области
от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной
социальной гарантии медицинским
работникам, оказывающим первичную
медико-санитарную помощь на территории
Сахалинской области», утвержденному
постановлением Правительства
Сахалинской области
от 28 декабря 2018 г. № 664

Государственное казенное учреждение
«Центр социальной поддержки Сахалин-
ской области» (далее - ГКУ «ЦСПСО»)

(ФИО заявителя полностью)

проживающего(-ей) по адресу: _____

дата рождения: _____

паспорт: серия _____ № _____

когда выдан _____ кем выдан _____

Контактный телефон: _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

**на предоставление ежемесячной денежной выплаты, установленной
Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной
социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской
области»**

Прошу предоставить ежемесячную денежную выплату в соответствии с
Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной
социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную
медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области».

Ежемесячная денежная выплата была назначена в

(наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области)

Уволен(а) _____ из _____
 дата (наименование государственного учреждения
 здравоохранения Сахалинской области)

В СВЯЗИ С ВЫХОДОМ НА ПЕНСИЮ.

В настоящее время не работаю в государственном учреждении здравоохранения Сахалинской области по основному месту работы.

Размер выплаты на день увольнения составлял _____ рублей.

С Порядком предоставления ежемесячной денежной выплаты медицинским работникам, установленной Законом Сахалинской области от 27.07.2018 № 58-ЗО «О дополнительной социальной гарантии медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Сахалинской области» ознакомлен(а).

Выплату прошу производить на лицевой счет в кредитную организацию*.

Расчетный счет № _____

В банке (указать банк) _____

Филиал № _____

Реквизиты банка

Обязуюсь в 5-дневный срок сообщать в ГКУ «ЦСПСО» о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление ежемесячной денежной выплаты (изменение счета в кредитной организации, устройство на работу, дающее право на получение ежемесячной денежной выплаты по месту основной работы).

Заявляю о согласии в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, с целью предоставления ЕДВ

Настоящее заявление о согласии на обработку персональных данных действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Опись документов, прилагаемых к заявлению:

№ пп.	Наименование документа	Количество страниц

* дополнительно прилагается копия документа с указанием банковских реквизитов счета.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

К настоящему заявлению прилагаю документы в количестве _____ шт. согласно прилагаемой описи.

О принятом решении прошу известить посредством СМС-сообщения/ путем направления (вручения) письменного уведомления (нужное подчеркнуть).

ФИО заявителя/законного представителя _____

Подпись заявителя _____ дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись специалиста _____ дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Наличие документов согласно описи проверил

_____ дата « ____ » _____ 20 ____ г.
