



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 22.07.2025 № 1-3.13-452/25

г. Южно-Сахалинск

Об утверждении форм документов, оформляемых при заключении договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области

В соответствии с подпунктами 3.67, 3.70, 3.71 пункта 3 Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденного постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления», приказываю:

1. Утвердить:

- форму заявления о направлении ходатайства о заключении договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

- форму ходатайства о заключении договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

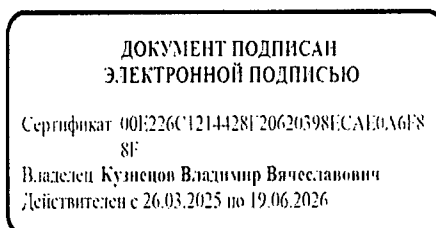
- форму договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений

здравоохранения Сахалинской области согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования и распространяет своё действие на правоотношения возникшие с 1 января 2025 года.

3. Опубликовать настоящий приказ на официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) и разместить на официальном сайте министерства здравоохранения Сахалинской области.

Министр
здравоохранения
Сахалинской области



В.В. Кузнецов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 22.07.2025 № 1-3.13-452/25

ФОРМА

(наименование работодателя, должность,
ФИО руководителя)

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя
полностью)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о направлении ходатайства о заключении договора о предоставлении
дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому
персоналу государственных учреждений здравоохранения
Сахалинской области**

Прошу направить в министерство здравоохранения Сахалинской области (далее – Министерство) ходатайство о заключении со мной договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области в целях получения дополнительных социальных гарантий, предусмотренных подпунктом 2.8 Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденного постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления».

Соответствую условиям для заключения договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области¹:

☐ занимаю должность специалиста со средним профессиональным (медицинским) образованием по основному месту работы в медицинской организации, подведомственной Министерству, на условиях полного рабочего дня:

¹ Нужно отметить любым знаком

(указать место работы: наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием наименования учреждения здравоохранения, структурного подразделения, населенного пункта согласно трудовому договору)

☐ прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 01 января 2025 года

(указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

☐ впервые трудоустроен на должность среднего медицинского персонала на условиях полного рабочего дня после окончания государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Сахалинский базовый медицинский колледж» после 01 января 2025 года.

☐ не получал единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство, предусмотренной подпунктом 2.5 пункта 2 Положения № 183 для медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством;

☐ не получал и не получает компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений / компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), предусмотренных подпунктом 2.4 пункта 2 Положения № 183 для лиц, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством;

☐ не получал меры поддержки в форме пособия за счет средств областного бюджета Сахалинской области, установленной квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области в соответствии с постановлением Правительства Сахалинской области от 29.07.2016 № 372 «О пособии квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области»;

☐ не заключал договор о кадровом обеспечении, договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством.

Обязуюсь осуществлять трудовую деятельность в соответствии с квалификацией в государственном учреждении здравоохранения Сахалинской области не менее пяти лет с даты заключения договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области.

ДАЮ СОГЛАСИЕ Министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, 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 моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых заключения договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

О принятых в отношении меня Министерством решениях о заключении договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области либо об отказе в заключении договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области прошу уведомлять²:

- ☐ на адрес электронной почты _____;
- ☐ почтовым отправлением на адрес _____;
- ☐ посредством вручения в Министерстве мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления): _____

² Нужно отметить любым знаком

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 22.07.2025 № 1-3.13-452/25

ФОРМА

*Заполняется на бланке государственного
учреждения Сахалинской области*

« ____ » _____ 20 ____ № ____

Министерство здравоохранения
Сахалинской области

ХОДАТАЙСТВО

**о заключении договора о предоставлении дополнительных социальных
гарантий среднему медицинскому персоналу государственных
учреждений здравоохранения Сахалинской области**

(наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области)

(далее – Учреждение, Учреждение - работодатель), ходатайствует о заключении между Учреждением, министерством здравоохранения Сахалинской области (далее – Министерство) и

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника полностью)

работающим(ей) в должности

(наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием структурного подразделения и населенного пункта согласно трудовому договору)

осуществляющим трудовую деятельность по основному месту работы на условиях полного рабочего дня (далее – медицинский работник), договора о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области, предусмотренного Положением о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их

1-3.13-517/25(п)(5.0)

предоставления» (далее соответственно – Договор, Положение № 183).

Трудовой договор от _____ № _____.

Сведения об образовании медицинского работника (с указанием реквизитов подтверждающих документов): _____

Медицинский работник¹:

☐ прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 01 января 2025 года

_____ (указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

☐ впервые трудоустроен на должность среднего медицинского персонала на условиях полного рабочего дня после окончания государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Сахалинский базовый медицинский колледж» после 01 января 2025 года.

☐ письменно подтвердил, что единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство, предусмотренной подпунктом 2.5 пункта 2 Положения № 183 для медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством, не получал;

☐ письменно подтвердил, что не получал и не получает компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений / компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), предусмотренных подпунктом 2.4 пункта 2 Положения № 183 для лиц, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством;

☐ письменно подтвердил, что ранее меры поддержки в форме пособия за счет средств областного бюджета Сахалинской области, установленной квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области в соответствии с постановлением Правительства Сахалинской области от 29.07.2016 № 372 «О пособии квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области» не получал;

☐ не заключал договор о кадровом обеспечении, договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством;

☐ дал согласие на обработку Министерством его персональных данных.

¹ Нужно отметить любым знаком

Способ уведомления медицинского работника о принятых в отношении него Министерством решениях о заключении Договора либо об отказе в заключении Договора согласно Заявлению о направлении ходатайства о заключении Договора²:

- ☐ на адрес электронной почты _____;
- ☐ почтовым отправлением на адрес _____;
- ☐ посредством вручения в Министерстве ему лично.

Характеристика медицинского работника _____

(указывается характеристика медицинского работника с содержанием информации о выполняемом объеме работы, об установленных трудовым договором показателях эффективности деятельности и их выполнении, о соблюдении принципов медицинской этики и деонтологии, отсутствии дисциплинарных взысканий и обоснованных жалоб пациентов)

Примечание: Учреждение - работодатель направляет в Министерство с сопроводительным письмом настоящее ходатайство с приложением следующих документов:

- три экземпляра проекта Договора, подписанных медицинским работником и руководителем учреждения - работодателя, по форме, утверждаемой Министерством;
- копии паспорта медицинского работника;
- копии трудового договора по основному месту работы медицинского работника;
- копии документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика (медицинского работника);
- копии документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (медицинского работника);
- копии трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности медицинского работника, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

В сопроводительном письме указывается перечень прилагаемых документов:

Все копии прилагаемых документов должны быть заверены Учреждением - работодателем.

Ответственность за достоверность и полноту представляемых Учреждением - работодателем сведений и документов, возлагается на Учреждение - работодателя.

Руководитель Учреждения - работодателя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

² Нужно отметить любым знаком

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к приказу министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 22.07.2025 № 1-3.13-452/25

ФОРМА

ДОГОВОР

**о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему
медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения
Сахалинской области**

г. Южно-Сахалинск

«___» _____ 20__ г.

Министерство здравоохранения Сахалинской области, именуемое в
дальнейшем «Министерство», в лице _____

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Положения о Министерстве, утвержденном
постановлением Правительства Сахалинской области от 16.02.2012 № 86 «Об
утверждении Положения о министерстве здравоохранения Сахалинской области», с
одной стороны,

(наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области,
подведомственного Министерству)

именуемое в дальнейшем «Учреждение», в
лице _____

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава, с другой стороны, и гражданин(ка)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника полностью)

являющийся работником Учреждения, работающим(ей) в должности

(наименование занимаемой должности по основному месту работы с указанием структурного
подразделения и населенного пункта согласно трудовому договору)

_____,
осуществляющим трудовую деятельность в соответствии с квалификацией по
основному месту работы на условиях полного рабочего дня по трудовому договору
от _____ № _____,

□¹ прибыл в Сахалинскую область из других субъектов Российской Федерации после 01 января 2025 года

(указать место, откуда прибыл, дату прибытия (трудоустройства))

□ впервые трудоустроен на должность среднего медицинского персонала на условиях полного рабочего дня по окончании государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Сахалинский базовый медицинский колледж» после 01 января 2025 года;

именуемый(ая) в дальнейшем «Медицинский работник», с третьей стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», руководствуясь Положением о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 «Об утверждении Положения о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления» (далее - Положение № 183), заключили настоящий договор о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области (далее – Договор СМП) о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору СМП Медицинскому работнику, заключившему трудовой договор с Учреждением по основному месту работы на условиях полного рабочего дня, предоставляются дополнительные социальные гарантии в виде единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство, а также компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений (далее – КРНС), либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) (далее – КРИС) на условиях, предусмотренных настоящим Договором СМП и Положением № 183.

1.2. Медицинский работник признан соответствующим следующему(им) условиям для заключения настоящего Договора СМП, предусмотренным Положением № 183, на основании протокола рабочей группы по заключению Договора СМП.

Медицинский работник путем подписания настоящего Договора СМП подтвердил, что:

У единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство, предусмотренной подпунктом 2.5 пункта 2 Положения № 183 для медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством, не получал;

У не получал и не получает компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений / компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), предусмотренных подпунктом 2.4 пункта 2 Положения № 183 для лиц, заключивших договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством;

У ранее меры поддержки в форме пособия за счет средств областного бюджета Сахалинской области, установленной квалифицированным специалистам в

¹ Нужно отметить

целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области в соответствии с постановлением Правительства Сахалинской области от 29.07.2016 № 372 «О пособии квалифицированным специалистам в целях их стимулирования к переселению на Курильские острова на постоянное место жительства и работы в государственных и муниципальных учреждениях Сахалинской области» не получал;

У не заключал договор о кадровом обеспечении, договор о кадровом обеспечении первичного звена с Министерством.

2. Порядок назначения, предоставления, прекращения предоставления дополнительных социальных гарантий

2.1. Предоставление дополнительных социальных гарантий, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора СМП осуществляется Учреждением по основному месту работы Медицинского работника.

2.2. Предоставление единовременной компенсационной денежной выплаты на обустройство осуществляется Учреждением в срок не позднее последнего дня месяца, следующего за месяцем издания распоряжения Министерства о заключении Договора СМП.

2.3. Решение о назначении (отказе в назначении) или прекращении предоставления КРНС/КРИС принимается Учреждением путем издания приказа Учреждения.

В случае принятия решения об отказе в назначении или прекращении предоставления КРНС/КРИС в приказе Учреждения указываются основания для отказа в назначении (прекращении предоставления) КРНС/КРИС.

2.4. Для принятия решения о назначении КРНС Медицинский работник подает в Учреждение заявление по форме согласно приложению № 1 к настоящему Договору СМП с указанием даты начала предоставления КРНС, которая не может быть ранее даты трудоустройства в Учреждение по основному месту работы (далее - дата начала предоставления КРНС).

К заявлению прилагаются следующие документы:

1) копии паспортов или иных документов, удостоверяющих личность членов семьи Медицинского работника (к членам семьи Медицинского работника применительно к предоставлению КРНС относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети);

2) копия договора найма (поднайма) жилого помещения, заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации Медицинским работником или его супругой (супругом) с собственником жилого помещения (нанимателем – в случае поднайма) или уполномоченным им лицом (с указанием: размера ежемесячной платы за жилое помещение без учета расходов на оплату коммунальных услуг, услуг связи, телевидения, сети Интернет; реквизитов документа о регистрации жилого помещения в Едином государственном реестре недвижимости, данных о собственнике; согласия наймодателя на передачу жилого помещения в пользование поднанимателю в случае поднайма жилого помещения).

2.5. Для принятия решения о назначении КРИС Медицинский работник подает в Учреждение заявление по форме согласно приложению № 2 к настоящему Договору СМП.

К заявлению прилагаются следующие документы:

1) копии паспортов или иных документов, удостоверяющих личность членов семьи Медицинского работника (к членам семьи Медицинского работника применительно к предоставлению КРИС относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети);

2) копия действующего договора ипотечного жилищного кредита (займа), заключенного Медицинским работником (членом семьи Медицинского работника) с российской кредитной организацией, на приобретение жилья в Сахалинской области, включающего информацию о сроках (датах) и сумме платежей в счет погашения кредита (график погашения) (с указанием реквизитов документа о регистрации жилого помещения в Едином государственном реестре недвижимости).

2.6. Копии документов, указанных в пунктах 2.4, 2.5 настоящего Договора СМП, должны быть заверены в установленном порядке, не заверенные копии представляются с предъявлением оригиналов.

Ответственность за достоверность представляемых Медицинским работником сведений и документов возлагается на Медицинского работника.

2.7. Жилое помещение по договору найма (поднайма), жилое помещение, приобретенное с использованием средств ипотечного жилищного кредита (займа), должно находиться в пределах муниципального образования по основному месту работы Медицинского работника или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию.

2.8. Решение о назначении КРНС / КРИС принимается Учреждением в течение 10 рабочих дней после поступления документов, установленных пунктами 2.4, 2.5 настоящего Договора СМП соответственно.

О принятых в отношении Медицинского работника решениях, указанных в пункте 2.3 настоящего Договора СМП, Учреждение уведомляет Медицинского работника в срок не позднее 3 рабочих дней со дня их принятия путем ознакомления Медицинского работника в письменной форме под роспись с приказом, указанным в пункте 2.3 настоящего Договора СМП.

2.9. Основаниями для отказа в назначении КРНС являются:

а) представление не в полном объеме документов, указанных в пункте 2.4 настоящего Договора СМП;

б) указание в заявлении даты начала предоставления КРНС ранее даты трудоустройства в Учреждение по основному месту работы;

в) Медицинский работник на дату начала предоставления КРНС, указанную им в заявлении на предоставление КРНС, является нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо собственником или членом семьи собственника жилого помещения, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

г) Медицинский работник на дату начала предоставления КРНС, указанную им в заявлении на предоставление КРНС, является получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами

органов местного самоуправления Сахалинской области;

д) установление факта недостоверности информации, представленной для установления КРНС.

2.10. Основаниями для отказа в назначении КРИС являются:

а) представление не в полном объеме документов, указанных в пункте 2.5 настоящего Договора СМП;

б) Медицинский работник является получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области;

в) Медицинский работник является нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

г) наличие в собственности Медицинского работника либо члена семьи Медицинского работника, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию, иного жилого помещения, помимо приобретенного с использованием средств ипотечного жилищного кредита (займа);

д) установление факта недостоверности информации, представленной для установления КРИС.

2.11. В случае назначения КРНС / КРИС в решении Учреждения указывается дата начала предоставления КРНС / КРИС.

Выплата КРНС / КРИС производится с месяца, следующего за месяцем принятия решения о назначении КРНС / КРИС.

Медицинский работник в срок до 15 числа ежемесячно представляет в Учреждение документы, подтверждающие фактическую оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу).

КРНС / КРИС производится на банковский счет, указанный в заявлении на предоставление КРНС / КРИС, не позднее последнего числа месяца представления в Учреждение документов, указанных в абзаце 3 настоящего пункта.

2.12. КРНС / КРИС производится в размере фактических расходов, но не более 20000 рублей в месяц, за исключением территории Курильских островов.

КРНС / КРИС на территории Курильских островов производится в размере фактических расходов, но не более 45000 рублей в месяц.

2.13. В случае оплаты стоимости найма (поднайма) жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) за исполненный месяц, КРНС / КРИС производится в сумме не более предельной суммы, указанной в пункте 2.12 настоящего Договора СМП, скорректированной на фактическое число календарных дней оплаченного найма (поднайма) жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу).

Авансирование расходов, связанных с оплатой стоимости найма (поднайма)

жилого помещения / ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу), не допускается.

В подлежащие компенсации расходы на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения не включаются расходы на оплату коммунальных услуг, услуг связи, телевидения, сети Интернет.

Излишне выплаченная сумма КРНС / КРИС возмещается Медицинским работником в месячный срок со дня получения требования Учреждения о ее возврате.

Невозвращенные средства подлежат взысканию Учреждением в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.14. Основания для прекращения предоставления КРНС / КРИС.

2.14.1. Общими основаниями для прекращения предоставления КРНС / КРИС являются:

а) истечение срока предоставления КРНС / КРИС, указанного в пункте 2.16 настоящего Договора СМП;

б) прекращение трудового договора по основному месту работы;

в) получение Медицинским работником или членом его семьи компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области;

г) установление факта недостоверности информации, представленной для установления КРНС / КРИС.

2.14.2. Дополнительными основаниями для прекращения предоставления КРНС являются:

а) прекращение договора найма (поднайма) жилого помещения (без заключения нового договора найма (поднайма) жилого помещения);

б) предоставление Медицинскому работнику или членам его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо приобретение им или членом его семьи жилого помещения в собственность, расположенного на территории муниципального образования Сахалинской области по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

в) отказ Медицинского работника от получения КРНС на основании его заявления, направленного в Учреждение с указанием даты прекращения предоставления КРНС, составленного в произвольной форме.

2.14.3. Дополнительными основаниями для прекращения предоставления КРИС являются:

а) прекращение договора ипотечного жилищного кредита (займа);

б) предоставление Медицинскому работнику или члену его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию.

2.15. Предоставление КРНС / КРИС прекращается с месяца, следующего за месяцем возникновения оснований, указанных в пункте 2.14 настоящего Договора

СМП.

2.16. Срок предоставления КРНС составляет 5 лет с даты начала предоставления КРНС.

Срок предоставления КРИС составляет 5 лет с даты начала предоставления КРИС.

Срок предоставления КРНС/КРИС в совокупности составляет не более 5 лет с даты начала предоставления любой из них.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Медицинский работник обязуется:

3.1.1. Осуществлять трудовую деятельность в соответствии с квалификацией по основному месту работы в Учреждении на условиях полного рабочего дня не менее 5 (пяти) лет с даты заключения настоящего Договора СМП.

В указанный срок по осуществлению трудовой деятельности не включаются:

- время отсутствия работника на работе без уважительных причин, в том числе вследствие его отстранения от работы в случаях, предусмотренных федеральным законодательством;

- время отпусков по уходу за ребенком до достижения им установленного законом возраста;

- время прохождения военной службы, а также время со дня окончания службы до даты трудоустройства;

- время с даты увольнения из одного подведомственного Министерству Учреждения до даты трудоустройства в другое подведомственное Министерству Учреждение (в случае изменения места работы по согласованию с Министерством, с внесением в Договор СМП изменений в части замены стороны по Договору СМП с одного подведомственного Министерству Учреждения на другое подведомственное Министерству Учреждение).

3.1.2. Уведомить в письменной форме Министерство и Учреждение об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии), о прекращении трудового договора по основному месту работы, и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих изменений.

3.1.3. В срок до 15 числа ежемесячно предоставлять в Учреждение документы, подтверждающие фактическую оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения/ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу).

3.1.4. Уведомить в письменной форме Учреждение с приложением подтверждающих документов в 10-дневный срок со дня наступления обстоятельств:

- о получении Медицинским работником или членом его семьи компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области;

при предоставлении Медицинскому работнику КРНС:

- о прекращении договора найма (поднайма) жилого помещения (без заключения нового договора найма (поднайма) жилого помещения);

- о предоставлении медицинскому работнику или членам его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо приобретение им или членом его семьи жилого помещения

в собственность, расположенного на территории муниципального образования Сахалинской области по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

при предоставлении Медицинскому работнику КРИС:

- о прекращении договора ипотечного жилищного кредита (займа);
- о предоставлении Медицинскому работнику или члену его семьи специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования Сахалинской области по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию.

3.1.5. Возместить денежные средства, полученные на обустройство, пропорционально количеству неотработанных месяцев по осуществлению трудовой деятельности, в случае неисполнения медицинским работником обязательств, предусмотренных пунктом 3.1.1 настоящего Договора СМП (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 и пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), в течение 10 рабочих дней с даты увольнения из Учреждения по реквизитам, полученным в Министерстве/Учреждении.

3.1.6. Возвратить излишне выплаченные суммы КРНС/КРИС в месячный срок со дня получения требования Учреждения о их возврате.

3.2. Медицинский работник вправе:

2.2.1. Получать от Учреждения и Министерства информацию о предоставлении дополнительных социальных гарантиях, предусмотренных настоящим Договором СМП и Положением № 183, порядке их получения.

3.2.2. Обращаться в Министерство с мотивированным ходатайством о возможности изменения места работы путем увольнения из одного подведомственного Министерству Учреждения и трудоустройства в другое подведомственное Министерству Учреждения и внесения по соглашению сторон изменений в настоящий Договор СМП в части замены Стороны по Договору СМП изменения места осуществления трудовой деятельности, при наличии достаточных оснований.

3.2.3. Отказаться от получения КРНС путем подачи заявления на имя руководителя Учреждения, составленного в произвольной форме с указанием даты прекращения предоставления КРНС, и в течение 5 лет с даты начала предоставления КРНС подать заявление о назначении ему КРИС и документы, предусмотренные пунктом 2.5 настоящего Договора СМП, которые рассматриваются по правилам, установленным настоящим Договором СМП, при этом повторное заключение Договора СМП не требуется.

3.3. Министерство обязуется:

3.3.1. Уведомить Медицинского работника об изменении своего наименования, места нахождения и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора СМП, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих изменений.

3.3.2. Информировать Медицинского работника о реквизитах для возмещения денежных средств, полученные на обустройство, в случае, указанном в пункте 3.1.5

настоящего Договора.

3.4. Министерство вправе:

3.4.1. Вносить изменения в настоящий Договор СМП по соглашению Сторон.

3.4.2. Взыскать невозвращенные средства, указанные в пункте 3.1.5 настоящего Договора СМП, в судебном порядке.

3.4.3. Требовать возврата выплаченных сумм при установлении факта недостоверности информации, представленной для установления дополнительных социальных гарантий, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора СМП.

3.5. Учреждение обязуется:

3.5.1. Уведомить Министерство о наступлении обстоятельств, являющихся основанием для прекращения предоставления КРНС/КРИС, указанные в подпунктах «б», «г» пункта 2.14 настоящего Договора СМП.

3.5.2. Уведомить Медицинского работника об изменении своего наименования, места нахождения и иных сведений, имеющих значение для исполнения настоящего Договора СМП, в 10-дневный срок с момента наступления соответствующих изменений.

3.6. Учреждение вправе:

3.6.1. Направлять предложения Министерству о внесении изменений в настоящий Договор СМП.

3.6.2. Взыскать невозвращенные средства, указанные в пункте 3.1.6 настоящего Договора СМП, в судебном порядке.

4. Ответственность сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение своих обязательств, указанных в настоящем Договоре СМП, в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Стороны освобождаются от исполнения обязательств по настоящему Договору СМП и от ответственности за их неисполнение при наличии оснований, установленных законодательством Российской Федерации.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящий Договор СМП составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному экземпляру для Министерства, Учреждения и Медицинского работника.

5.2. Настоящий Договор СМП вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств, предусмотренных Договором СМП.

5.3. Любое уведомление, которое одна сторона направляет другой стороне в соответствии с настоящим Договором СМП, направляется в письменной форме по почте или факсимильной связью с последующим представлением оригинала.

5.4. Медицинский работник путем подписания настоящего Договора СМП дает согласие Министерству (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24) своей волей и в своем интересе, 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 моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых для

предоставления дополнительных социальных гарантий, предусмотренных пунктом 1.1 настоящего Договора СМП. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

5.5. Внесение изменений в настоящий Договор СМП оформляется дополнительными соглашениями к нему.

5.6. Настоящий Договор СМП может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором СМП, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

6. Реквизиты Сторон

6.1. Министерство: 693020, г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24, тел.: (4242) 671-290, 671-334, 671-295, факс: (4242) 438-738, адрес электронной почты: zdrav@sakhalin.gov.ru; ОГРН 1026500527316, ИНН 6501024966, КПП 650101001.

6.2. Учреждение: _____
адрес _____
телефон/факс _____, адрес электронной почты: _____
ОГРН _____, ИНН _____, КПП _____.

6.3. Медицинский работник: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
паспортные данные: _____
(серия, номер, кем и когда выдан)

адрес _____
телефон _____, адрес электронной почты: _____.

6. Подписи Сторон:

Медицинский работник:

Учреждение:

Министерство:

(подпись, Ф.И.О.)

(наименование должности)

(наименование должности)

(подпись, Ф.И.О.)
М.П.

(подпись, Ф.И.О.)
М.П.

ДОГОВОР СОГЛАСОВАН:

Наименование структурного подразделения	Ф.И.О.	Подпись
Отдел кадровой политики и государственной гражданской службы		
Отдел правового обеспечения		

Наименование структурного подразделения	Ф.И.О.	Подпись
Заместитель министра здравоохранения Сахалинской области (курирующий финансовую деятельность)		

(наименование работодателя)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя полностью)
проживающего(-ей) по адресу: _____

паспорт: серия _____ № _____
когда выдан _____ кем выдан _____

Контактный телефон: _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

на предоставление компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения в соответствии с договором о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области

Прошу с «___» _____ 20__ года² предоставить компенсацию расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения в соответствии с договором о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области, предусмотренную Положением о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 (далее соответственно - КРНС, Положение).

С Положением ознакомлен(а).

Подтверждаю, что на дату начала предоставления КРНС, указанную в абзаце 1 настоящего заявления:

- 1) моим основным местом работы является _____
_____ (наименование государственного учреждения здравоохранения Сахалинской области);
- 2) рабочее место по основному месту работы расположено _____

² Дата начала предоставления КРНС не может быть ранее даты трудоустройства в государственное учреждение здравоохранения Сахалинской области.

_____ (населенный пункт);
 3) по основному месту работы занимаю должность _____;
 _____;

4) трудоустроен(а) в учреждение, подведомственное министерству здравоохранения Сахалинской области, по трудовому договору от «__» _____ 20__ года № _____;

5) являюсь нанимателем (поднанимателем) / членом семьи нанимателя (поднанимателя)) (нужное подчеркнуть) _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя / члена семьи заявителя, заключившего договор)
 жилого помещения по адресу: _____

_____ (полное наименование адреса жилого помещения согласно договору найма (поднайма),
 согласно договору найма (поднайма) жилых помещений
 от «__» _____ 20__ года № _____;

6) не являюсь нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма либо собственником или членом семьи собственника жилого помещения, расположенного на территории муниципального образования _____ по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию³;

7) не являюсь получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области.

Выплату прошу производить на банковский счет, открытый в российской кредитной организации:

_____ (реквизиты кредитной организации и банковского счета, открытого в российской кредитной организации, для безналичного перечисления денежных средств (наименование российской кредитной организации, в которую должны быть перечислены денежные средства, банковский идентификационный код (БИК), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и код причины постановки на учет (КПП), присвоенные при постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения кредитной организации, номер банковского счета. В случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты МИР, указываются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР»)

³ К членам семьи заявителя относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети.

Обязуюсь:

- в срок до 15 числа ежемесячно представлять работодателю документы, подтверждающие фактическую оплату найма (поднайма) жилого помещения;
- в 10-дневный срок сообщать работодателю о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление дополнительных социальных гарантий.

В целях получения дополнительных социальных гарантий в виде КРНС:
ДАЮ СОГЛАСИЕ _____

(наименование и адрес работодателя)

своей волей и в своем интересе, 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 моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых для предоставления КРНС. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

О принятых в отношении меня работодателем решениях о назначении и предоставлении КРНС, об отказе в назначении КРНС, прекращении предоставления КРНС прошу уведомлять посредством⁴:

- ☐ на адрес электронной почты _____;
- ☐ почтовым отправлением на адрес _____;
- ☐ вручения в государственном учреждении, подведомственном министерству здравоохранения Сахалинской области, по моему основному месту работы мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления):

⁴ Нужно отметить любым знаком

(наименование работодателя)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя полностью)
проживающего(-ей) по адресу: _____

паспорт: серия _____ № _____
когда выдан _____ кем выдан _____

Контактный телефон: _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

**на предоставление компенсации расходов на оплату ежемесячного
взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу)
в соответствии с договором о предоставлении дополнительных
социальных гарантий среднему медицинскому персоналу
государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области**

Прошу предоставить компенсацию расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с договором о предоставлении дополнительных социальных гарантий среднему медицинскому персоналу государственных учреждений здравоохранения Сахалинской области, предусмотренную Положением о дополнительных социальных гарантиях студентам, ординаторам и отдельным категориям медицинских работников и порядке их предоставления, утвержденным постановлением Правительства Сахалинской области от 23.04.2014 № 183 (далее соответственно - КРИС, Положение).

С Положением ознакомлен(а).

Подтверждаю, что на день подачи настоящего заявления:

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

2) рабочее место по основному месту работы расположено _____
_____ (населенный пункт);

3) по основному месту работы занимаю должность _____
_____;

4) трудоустроен(а) в учреждение, подведомственное министерству
здравоохранения Сахалинской области, по трудовому договору

от «___» _____ 20__ года № _____;

5) договор ипотечного жилищного кредита (займа) от «___» _____ 20__ г. № _____ заключен (заявителем / членом семьи заявителя) (нужное подчеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя / члена семьи заявителя, заключившего договор)
с российской кредитной организацией _____
на приобретение жилья в Сахалинской области по адресу:

(полное наименование адреса жилого помещения)

Реквизиты документа о регистрации жилого помещения в Едином государственном реестре недвижимости: _____;

6) не являюсь получателем или членом семьи получателя компенсации расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилого помещения либо компенсации расходов на оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу) в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством Сахалинской области и (или) актами органов местного самоуправления Сахалинской области⁵;

7) не являюсь нанимателем или членом семьи нанимателя специализированного жилого помещения, жилого помещения по договору социального найма, расположенного на территории муниципального образования _____ по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию;

8) не имею в собственности и не являюсь членом семьи собственников расположенного на территории муниципального образования по основному месту работы или в пределах транспортной доступности, позволяющей ежедневно прибывать к месту работы и выполнять трудовую функцию, иного жилого помещения, помимо приобретенного с использованием средств ипотечного жилищного кредита (займа).

Выплату прошу производить на банковский счет, открытый в российской кредитной организации:

(реквизиты кредитной организации и банковского счета, открытого в российской кредитной организации, для безналичного перечисления денежных средств (наименование российской кредитной организации, в которую должны быть перечислены денежные средства, банковский идентификационный код (БИК), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и код причины постановки на учет (КПП), присвоенные при постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения кредитной организации, номер банковского счета. В случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты МИР, указываются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР»)

⁵ К членам семьи заявителя относятся постоянно проживающие совместно с ним его супруга (супруг), а также несовершеннолетние дети.

Обязуюсь:

- в срок до 15 числа ежемесячно представлять работодателю документы, подтверждающие фактическую оплату ежемесячного взноса по ипотечному жилищному кредиту (займу);

- в 10-дневный срок сообщать работодателю о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление дополнительных социальных гарантий.

В целях получения дополнительных социальных гарантий в виде КРИС:

ДАЮ СОГЛАСИЕ _____

(наименование и адрес работодателя)

своей волей и в своем интересе, 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 моих персональных данных (совершение действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), необходимых для предоставления КРИС. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо до дня отзыва в письменной форме.

О принятых в отношении меня работодателем решениях о назначении и предоставлении КРИС, об отказе в назначении КРИС, прекращении предоставления КРИС прошу уведомлять посредством⁶:

☐ на адрес электронной почты _____;

☐ почтовым отправлением на адрес _____;

☐ вручения в государственном учреждении, подведомственном министерству здравоохранения Сахалинской области, по моему основному месту работы мне лично.

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Заявитель (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) (полностью) и дата подачи заявления):

⁶ Нужно отметить любым знаком

Проинто и пронумеровано

45 *федерал изв* лист 26

Референт отдела правового обеспечения

Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)

И.А. Проскурина

01.04.2018 0265005527316

КОПИЯ
ВЕРНА

