



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 29.09.2025 № 1-3.13-614/25

г. Южно-Сахалинск

**О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения
Сахалинской области от 08.02.2024 № 1-3.13-72/24
«Об утверждении форм документов»**

Приказываю:

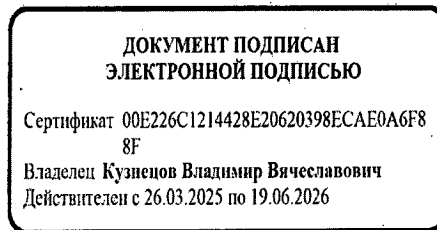
1. Внести изменения в типовую форму договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, изложив в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

2. Внести изменения в форму заявления о заключении договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, и предоставлении выплаты, изложив в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

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

4. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр



В.В. Кузнецов

«Приложение № 1

Утверждена
приказом
министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 08.02.2024 № 1-3.13-72/24

ТИПОВАЯ ФОРМА ДОГОВОРА

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты
медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также
акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов
и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий,
центров (отделений) общей врачебной практики (семейной
медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские
населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки
городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек

Договор

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты
медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также
акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов
и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий,
центров (отделений) общей врачебной практики (семейной
медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские
населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки
городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек

г. Южно-Сахалинск

«___» _____ 20__ г.

Гражданин (гражданка) _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

дата рождения _____, паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

зарегистрирован (зарегистрирована) по адресу:

адрес фактического проживания: _____

ИНН _____,

именуемый (именуемая) в дальнейшем Медицинский работник;

(наименование государственного учреждения)

именуемое в дальнейшем Учреждение, в лице руководителя Учреждения

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава Учреждения, и министерство здравоохранения

Сахалинской области, именуемое в дальнейшем Министерство, в лице министра

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующего на основании Положения о Министерстве, именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с Порядком предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, утвержденный постановлением Правительства Сахалинской области от 19.12.2023 № 633 «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек» (далее – Порядок), заключили настоящий Договор о следующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. Предметом настоящего Договора является предоставление единовременной компенсационной выплаты в размере _____ рублей <*> Медицинскому работнику, являющемуся гражданином Российской Федерации, не имеющему неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций укомплектованность штата которых составляет менее 60 процентов), прибывшему (переехавшему) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек на территории Сахалинской области и ранее не получавшему единовременную компенсационную выплату в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» или государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», заключившему трудовой договор с

(наименование государственного учреждения)

и работающему в должности _____

<*> *Примечание: указывается размер единовременной компенсационной выплаты: 2 млн. рублей для врачей и 1 млн. рублей для фельдшеров, а также акушерок и медицинских сестер фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывших (переехавших) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, расположенные на территории Сахалинской области;*

1 млн. рублей для врачей и 0,5 млн. рублей для фельдшеров, а также акушерок и медицинских сестер фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов,

врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывших (переехавших) на работу в города с населением до 50 тыс. человек, расположенные на территории Сахалинской области.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. исполнять трудовые обязанности в течение 5 лет со дня заключения договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

2.1.2. возратить в доход областного бюджета Сахалинской области часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора или изменения трудового договора до истечения 5-летнего срока (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) либо перевода на другую должность (за исключением случая однократного изменения места работы по согласованию с Министерством с сохранением единовременной компенсационной выплаты при соблюдении условий, установленных пунктом 11¹ Порядка) или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам до истечения 5-летнего срока;

2.1.3. возратить в доход областного бюджета Сахалинской области часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника);

2.1.4. заблаговременно в письменном виде сообщить Учреждению и Министерству о намерении до истечения 5-летнего срока расторгнуть трудовой договор;

2.1.5. заблаговременно в письменном виде сообщить Учреждению и Министерству об изменении указанных в настоящем Договоре реквизитов банковского счета (банковской карты) и (или) изменении регистрации по месту жительства (адреса фактического проживания).

2.1.6. Возврат части единовременной компенсационной выплаты осуществляется в течение 5 банковских дней со дня прекращения трудового договора. Реквизиты для перечисления представляются Министерством.

2.2. Медицинский работник вправе:

2.2.1. Получать информацию о порядке получения единовременной компенсационной выплаты, предусмотренной настоящим Договором.

2.2.2. Обращаться в Министерство с мотивированным ходатайством о возможности внесения по соглашению сторон изменений в настоящий Договор, в том числе в случае изменения места работы в порядке, предусмотренном пунктом 11¹ Порядка.

2.3. Министерство обязуется:

2.3.1. Осуществить перечисление единовременной компенсационной выплаты Медицинскому работнику в размере, указанном в пункте 1 настоящего Договора, путем перечисления денежных средств на банковский счет (банковскую карту), открытый(-ую) в российской кредитной организации Медицинского работника, в течение месяца, следующего за месяцем издания распоряжения Министерства о предоставлении единовременной компенсационной выплаты и о заключении договора.

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

2.3.3. Информировать Медицинского работника о реквизитах для возмещения единовременной компенсационной выплаты, в случаях, указанных в подпунктах 2.1.2, 2.1.3, 3.3 настоящего Договора.

2.4. Министерство вправе:

2.4.1. Согласовать Медицинскому работнику однократное изменение места работы с сохранением ранее полученной единовременной компенсационной выплаты при соблюдении условий, предусмотренных пунктом 11¹ Порядка.

2.4.2. Направлять в Учреждение по месту работы Медицинского работника запросы на предоставление информации в отношении Медицинского работника.

2.4.3. Вносить изменения в настоящий Договор по соглашению сторон.

2.4.4. Взыскать невозвращенные средства, указанные в подпунктах 2.1.2, 2.1.3, 3.3 настоящего Договора, в судебном порядке.

2.5. Учреждение обязуется:

2.5.1. Соблюдать свои обязательства, вытекающие из трудового договора.

2.5.2. В случае прекращения трудового договора с Медицинским работником по любым основаниям незамедлительно в письменном виде сообщать об этом в Министерство.

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

2.6. Учреждение вправе:

2.6.1. Направлять предложения Министерству о внесении изменений в настоящий Договор.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных настоящим Договором, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством

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

3.3. В случае выявления фактов предоставления Медицинским работником недостоверных сведений в целях заключения настоящего Договора и получения единовременной компенсационной выплаты Медицинский работник обязан вернуть в доход областного бюджета Сахалинской области всю сумму полученной единовременной компенсационной выплаты.

3.4. Министерство осуществляет контроль за соблюдением условий для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Настоящий Договор действует с даты его подписания всеми Сторонами и до истечения 5 лет работы Медицинского работника в Учреждении, а в случае продления Договора по основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1., 2.1.3 Договора, - до окончания срока, указанного в дополнительном Соглашении к Договору.

4.2. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

4.3. Все изменения к настоящему Договору оформляются дополнительными Соглашениями к нему, по одному для каждой из Сторон, имеющими равную юридическую силу.

4.4. Споры по исполнению настоящего Договора решаются Сторонами путем переговоров и направления претензий. Срок рассмотрения претензии составляет 15 календарных дней с даты ее получения. В случае невозможности урегулирования спора в претензионном порядке спор подлежит рассмотрению в судебном порядке.

4.5. В случаях, не урегулированных настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

4.6. К настоящему Договору прилагаются:

- копия трудового договора;
- копия паспорта;
- копии документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика;
- копия документа, содержащего сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации;
- копия документа, подтверждающего изменение фамилии (имени, отчества) (в случае если фамилия, имя или отчество изменялись);
- копия трудовой книжки и (или) сведений о трудовой деятельности, оформленных в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- копия документов об образовании;
- копия приказа о приеме на работу в Учреждение;
- копия договора о целевом обучении - для медицинских работников, имеющих обязательства по договору о целевом обучении, при условии заключения им трудового договора с Организацией, укомплектованность штата которой составляет менее 60 процентов, а также для медицинских работников, выполнивших обязательства по договору о целевом обучении и продолживших работу в той же Организации, расположенной в сельском населенном пункте, либо рабочем поселке, либо поселке городского типа, либо городе с населением до 50 тыс. человек на территории Сахалинской области;
- реквизиты кредитной организации и банковского счета (банковской карты), открытого(-ой) в российской кредитной организации. В случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты

«МИР», предоставляются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР».

Копии документов, прилагаемых к настоящему Договору, должны быть заверены учреждением.

5. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

Министерство		Учреждение		Медицинский работник
адрес нахождения	места	адрес нахождения	места	Ф.И.О.
ИНН/КПП		ИНН/КПП		
ОГРН		ОГРН		адрес
ОКТМО		ОКТМО		паспорт
л/сч		л/сч		банковские реквизиты
				телефон
(подпись)		(подпись)		(подпись)
(должность, фамилия, инициалы) М.П.		(должность, фамилия, инициалы) М.П.		(фамилия, инициалы)

Приложение № 2 к приказу министерства
здравоохранения Сахалинской области
от 29.09.2025 № 1-3.13-614/25

«Приложение № 2

Утверждено
приказом
министерства здравоохранения
Сахалинской области
от 08.02.2024 № 1-3.13-72/24

Форма

Министру здравоохранения
Сахалинской области

Ф.И.О.

Заявление

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (полностью), дата рождения, адрес проживания

заявителя, номер паспорта, сведения о дате выдачи

указанного документа и выдавшем его органе)

прошу заключить договор о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в размере _____ рублей <*> (далее - выплата), установленной государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640, постановлением Правительства Сахалинской области от 19.12.2023 № 633 «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек».

<*> *Примечание: указывается размер единовременной компенсационной выплаты:*

2 млн. рублей для врачей и 1 млн. рублей для фельдшеров, а также акушеров и медицинских сестер фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывших (переехавших) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, расположенные на территории Сахалинской области;

1 млн. рублей для врачей и 0,5 млн. рублей для фельдшеров, а также акушеров и медицинских сестер фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывших (переехавших) на работу в города с населением до 50 тыс. человек, расположенные на территории Сахалинской области.

Трудовой договор по должности _____

1-3.13-943/24(п)(Версия)

заключен «__» _____ 20__ г. с медицинским Учреждением

(наименование государственного учреждения здравоохранения
Сахалинской области)

Единовременную компенсационную выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

Своей подписью удостоверяю, что ранее единовременная компенсационная выплата, предусмотренная частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», мне _____
(предоставлялась / не предоставлялась)

Неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении _____ (имею/не имею).

Согласие на обработку персональных данных прилагаю.

О принятых в отношении меня Министерством решениях о предоставлении единовременной компенсационной выплаты и о заключении договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты или об отказе в предоставлении единовременной компенсационной выплаты и об отказе в заключении договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты с указанием причин отказа прошу уведомлять¹:

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

Достоверность представленной информации подтверждаю.

Контактная информация: телефон: _____ e-mail: _____

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

(подпись, фамилия, имя, отчество (полностью) и дата подачи заявления)

¹ Нужно отметить любым знаком

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (полностью),

адрес проживания заявителя, номер паспорта, сведения о дате выдачи

указанного документа и выдавшем его органе)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку моих персональных данных, в целях получения выплаты, министерству здравоохранения Сахалинской области (г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24, ИНН 6501024966) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена и (или) отчества в случае их изменения); пол, возраст; дата и место рождения; паспортные данные; данные о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе персонифицированного учета Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации; сведения об идентификационном номере налогоплательщика; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; номер домашнего и мобильного телефона, анкетные и биографические данные, сведения об образовании и повышении квалификации, сведения о трудовой деятельности; сведения о банковском счете, открытом в российской кредитной организации (в случае если банковский счет предусматривает осуществление операций с использованием платежной карты «МИР», предоставляются сведения о реквизитах банковского счета национальной платежной системы «МИР»).

Я ознакомлен(-а) с тем, что:

согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания согласия до выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на министерство здравоохранения Сахалинской области полномочий и обязанностей; отзыв согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации путем подачи письменного заявления об отзыве согласия в министерство здравоохранения Сахалинской области; персональные данные хранятся в министерстве здравоохранения Сахалинской области в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

персональные данные, представляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения, возложенных законодательством Российской Федерации на министерство здравоохранения Сахалинской области полномочий и обязанностей.

Дата: «___» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)

Прошито и пронумеровано

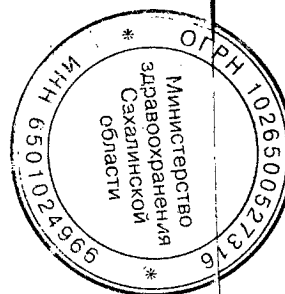
11 (*двадцать*) листа (ов)

Референт б/дела правового обеспечения

Министерства здравоохранения Сахалинской области

И.А. Прокурин

Прокурин



КОПИЯ
ВЕРНА