АДМИНИСТРАЦИЯ

 ГОРОДА ЛОБНЯ

МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 05.05.2015 № 572

Об утверждении Порядка предоставления единовременного пособия врачу педиатру – участковому, приглашенному на работу в Лобненскую детскую городскую поликлинику

В соответствии с Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и статьи 2 Закона Московской области от 02.06.2014 N 56/2014-ОЗ (ред. от 25.12.2014) "О прекращении осуществления органами местного самоуправления муниципальных районов и городских округов Московской области отдельных государственных полномочий Московской области по организации оказания медицинской помощи на территории Московской области и о внесении изменений в Закон Московской области "О здравоохранении в Московской области" (принят постановлением Мособлдумы от 29.05.2014 N 7/91-П), в целях стимулирования привлечения специалистов для работы в Лобненской детской городской поликлиники

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить Порядок предоставления единовременного пособия врачу педиатру –участковому, приглашенному на работу в Лобненскую детскую городскую поликлинику (приложение №1). 2. Финансовому управлению (Ерониной Н.В.) предусмотреть финансирование данных мероприятий по муниципальной программе «Социальная Лобня» на 2015-2019гг. 3. Настоящий Порядок распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2015 года. 4. Контроль за исполнением настоящего Постановления оставляю за собой.

Руководитель Администрации Е.В. Смышляев

Согласовано:

Первый заместитель руководителя Администрации А.А. Куманова

Заместитель руководителя Администрации Е.В. Сорокина

Начальник правового отдела А.С. Афанасьев

Начальник финансового управления Н.В. Еронина

Разослано:

Управление делами 3 экз.

Отдел социального развития и здравоохранения 5 экз.

Итого: 8 экз.

Кошмина Г.Г.

8-495-579-04-43

Приложение №1
к Постановлению Руководителя Администрации города Лобня

№\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2015г.

**Порядок предоставления единовременного пособия врачу педиатру-участковому, приглашенному на работу в Лобненскую детскую городскую поликлинику.**

 **Общие положения**.

1.1. Настоящий Порядок предоставления единовременного пособия врачу педиатру-участковому, приглашенному на работу в Лобненскую детскую городскую поликлинику, разработан в соответствии с п.1.4 «Предоставление мер социальной поддержки» подпрограммы «Создание условий для оказания медицинской помощи населению» муниципальной программы «Социальная Лобня» на 2015-2019 годы, в целях стимулирования привлечения специалистов для работы в Лобненскую детскую городскую поликлинику.

1.2. Единовременное пособие предоставляется исключительно врачу педиатру-участковому (далее педиатр), приглашенному на работу в Лобненскую детскую городскую поликлинику с 01 января 2015 года. Приглашенным педиатром считать врача, ранее проживавшего и осуществлявшего трудовую деятельность за пределами города Лобня.

1.3. Единовременное пособие педиатру осуществляется при одновременном соблюдении следующих условий:

а) наличие гражданства Российской Федерации;

б) наличие трудового договора (контракта) заключенного на срок не менее трех лет, в котором прописан размер и условия предоставления единовременного пособия.

1.4. Для назначения единовременного пособия педиатр, приглашенный для работы в Лобненскую детскую городскую поликлинику, предоставляет в Администрацию города (отдел социального развития и здравоохранения) следующие документы:

а). письмо (ходатайство) руководителя Лобненской детской городской поликлиники о назначении единовременного пособия педиатру, приглашенному для работы в Лобненскую детскую городскую поликлинику, в котором указывается фамилия, имя, отчество педиатра, дата его рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи), занимаемая должность, дата и на какой срок заключен трудовой договор, адрес места жительства в городе Лобня, адрес постоянного места жительства гражданина до принятия на работу в указанную организацию;

б). заявление о назначении единовременного пособия по форме в соответствии с приложением №1 к настоящему Порядку.

в). копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, и местожительства заявителя;

г). копия трудового договора заключенного на срок не мене трех лет, в котором прописан размер и условия предоставления единовременного пособия;

 д). сведения о реквизитах банковского счета для перечисления единовременного пособия.

1.5. Для получения единовременного пособия педиатр, приглашенный для работы в Лобненскую детскую городскую поликлинику, предоставляет заявление о выплате единовременного пособия в соответствии с приложением №2 к настоящему Порядку.

1.6 Единовременное пособие педиатру, приглашенному для работы в Лобненскую детскую городскую поликлинику, назначается с месяца подачи заявления.

1.7 Основаниями для отказа в назначении единовременного пособия педиатру, приглашенному для работы в Лобненскую детскую городскую поликлинику, является не представление или представление неполного комплекта документов, указанных в пункте 1.4. настоящего Порядка.

**2. Определение размера единовременного пособия врачу педиатру-участковому, приглашенному на работу в Лобненскую детскую городскую поликлинику.**

2.1 Единовременное пособие назначается, исключительно педиатру при устройстве впервые на работу в амбулаторно-поликлиническое отделение Лобненской детской городской поликлиники, прописывается в трудовом договоре и производится в размере 100000 (сто тысяч) рублей.

2.2 Единовременное пособие педиатру осуществляется из средств местного бюджета в соответствии с муниципальной программой «Социальная Лобня» на 2015-2019гг.

**3. Порядок выплаты единовременного пособия врачу педиатру-участковому, приглашенному на работу в Лобненскую детскую городскую поликлинику.**

3.1 Выплата единовременного пособия производятся уполномоченным органом Администрации города Лобня путем перечисления денежных средств на счет педиатра открытого в кредитной организации, указанного в заявлении.

 3.2 Педиатр обязан возместить выплаченную сумму в следующих случаях:

а). расторжение трудового договора по инициативе педиатра до истечения трехлетнего срока работы в поликлиники (в размере, исчисленном пропорционально неотработанному времени);

б). расторжение трудового договора по инициативе работодателя по основаниям, установленным пунктами 3, 5, 6, 11 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации (в размере выплаченной суммы).

в). в случае, если педиатр принят на время исполнения обязанностей отсутствующего педиатра и это место работы является для него основным, такой педиатр при выходе основного педиатра обязан возместить выплаченную сумму в размере, исчисленном пропорционально неотработанному времени.

3.3 Руководитель Лобненской детской городской поликлиники уведомляет Администрацию города Лобня о расторжении трудового договора с педиатром или переводе на должность, не являющуюся должностью педиатра-участкового, в течение трех рабочих дней со дня расторжения трудового договора или переводе на должность, не являющуюся должностью педиатра-участкового.

Приложение N 1 к Порядку

 Руководителю Администрации города Лобня

Заявление

Фамилия, имя, отчество (без сокращений) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (наименование)
серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Адрес регистрации по месту пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(в адресах указывается почтовый индекс, наименование региона, город, улицы, номер дома, корпуса, квартиры) Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу назначить единовременное пособие в размере 100000 (сто тысяч) рублей в соответствии с Порядком предоставления единовременного пособия врачу педиатру-участковому, приглашенному на работу в Лобненскую детскую городскую поликлинику.

К заявлению прилагаю:
- копию документа, удостоверяющего личность; - копию трудового договора;
- копию трудового договора от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (указывается дата заключения договора) заключенного с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается наименование, ,адрес, работодателя)

Выплату перечислять на счет в банке: номер счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в банке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Об изменении фактов, являющихся основанием для возмещения единовременного пособия, обязуюсь сообщать в установленные сроки.

Дата подачи заявления и прилагаемых к нему документов, Ф.И.О. и подпись заявителя:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение N 2 к Порядку

 Руководителю Администрации города Лобня

Заявление

Фамилия, имя, отчество (без сокращений) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (наименование)
серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(в адресах указывается почтовый индекс, наименование региона, город, улицы, номер дома, корпуса, квартиры) Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу выплатить единовременное пособие в размере 100000 (сто тысяч) рублей в соответствии с Порядком предоставления единовременного пособия врачу педиатру-участковому, приглашенному на работу в Лобненскую детскую городскую поликлинику.

Выплату перечислять на счет в банке: номер счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в банке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Об изменении фактов, являющихся основанием для возмещения единовременного пособия, обязуюсь сообщать в установленные сроки.

Дата подачи заявления и прилагаемых к нему документов, Ф.И.О. и подпись заявителя:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) (подпись) (расшифровка подписи)