ГЛАВА

ГОРОДСКОГО ОКРУГА ЛОБНЯ

МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 18.05.2020 № 475

Об утверждении Порядка предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам, приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП

ГБУЗ МО МОССМП

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 подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП,

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить Порядок предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам, приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП ГБУЗ МО МОССМП (Порядок прилагается).

2. Финансовому управлению предусмотреть финансирование данных мероприятий по муниципальной программе «Здравоохранение» на 2020-2024гг. 3. Настоящее постановление вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 мая 2020 года. 4. Контроль за исполнением настоящего Постановления возложить на заместителя Главы Администрации городского округа Лобня Петрову О.В.

 Е.В. Смышляев

Утвержден
 Постановлением Главы

 городского округа Лобня

№ 475 «18» мая 2020

**Порядок предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам, приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП ГБУЗ МО МОССМП**

**Общие положения**.

1.1. Настоящий Порядок предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам, приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП ГБУЗ МО МОССМП, разработан в целях реализации мероприятия «Развитие мер социальной поддержки медицинских работников» подпрограммы «Финансовое обеспечение системы организации медицинской помощи» муниципальной программы «Здравоохранение» на 2020-2024 годы, в целях стимулирования привлечения специалистов для работы в Лобненской подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП.

1.2. Единовременное пособие предоставляется исключительно врачам и фельдшерам Лобненской подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП (далее сотрудники), приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП ГБУЗ МО МОССМП (государственное учреждение здравоохранения).

Приглашенными сотрудниками считать врачей и фельдшеров, ранее проживавших и осуществлявших трудовую деятельность за пределами городского округа Лобня.

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

а) наличие гражданства Российской Федерации;

б) наличие трудового договора по основному месту работы между сотрудником и государственным учреждением здравоохранения (далее – трудовой договор).

1.4. Для назначения единовременного пособия сотрудник предоставляет в Администрацию городского округа (отдел социального развития) следующие документы:

а) письмо (ходатайство) руководителя письмо (ходатайство) руководителя государственного учреждения здравоохранения о назначении единовременного пособия сотруднику, в котором указывается фамилия, имя, отчество сотрудника, 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 городском округе 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 по основному месту работы в государственном учреждении здравоохранения;

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

1.5. Для получения единовременного пособия сотрудник предоставляет заявление о выплате единовременного пособия в соответствии с приложением № 2 к настоящему Порядку.

1.6. Основаниями для отказа в назначении единовременного пособия является не представление или представление неполного комплекта документов, указанных в пункте 1.4. настоящего Порядка.

**2. Определение размера единовременного пособия.**

2.1 Единовременное пособие назначается, исключительно сотруднику при устройстве на работу в государственное учреждение здравоохранения в размере 100000,00 (ста тысяч) рублей.

2.2 Единовременное пособие сотруднику осуществляется из средств местного бюджета в соответствии с муниципальной программой «Здравоохранение» на 2020-2024гг.

**3. Порядок выплаты единовременного пособия.**

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

 3.2 Сотрудник обязан возместить выплаченную сумму в следующих случаях:

а) расторжение трудового договора по инициативе сотрудника до истечения трехлетнего срока работы в государственном учреждении здравоохранения (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).

3.3 Руководитель уведомляет Администрацию городского округа Лобня о расторжении трудового договора с сотрудником в течение трех рабочих дней со дня расторжения трудового договора.

Приложение № 1 к Порядку

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 врачам и фельдшерам Лобненской подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП.

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 № 2 к Порядку

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 врачам и фельдшерам Лобненской подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП.

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)