



ДЕПАРТАМЕНТ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ПРИКАЗ

03.03.2016

№ 338

Об утверждении формы заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты, установленной Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

В соответствии с Порядком заключения медицинским работником в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 году на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа Смоленской области или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа Смоленской области из другого населенного пункта, после заключения им трудового договора с областным государственным учреждением здравоохранения договора о предоставлении в 2016 году единовременной компенсационной выплаты, утвержденного постановлением Администрации Смоленской области от 25.02.2016 № 98,

п р и к а з ы в а ю:

Утвердить форму заявления на предоставление единовременной компенсационной выплаты, установленной Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», согласно приложению к настоящему приказу.

Начальник Департамента

В.И. Степченков

Приложение к приказу Департамента
Смоленской области по здравоохранению
от _____ 2016 № _____

ФОРМА

Департамент Смоленской области
по здравоохранению

**ЗАЯВЛЕНИЕ
на предоставление единовременной компенсационной выплаты**

Гр. _____,
(фамилия, имя, отчество, дата, месяц год рождения)

Место регистрации по месту проживания (пребывания): _____

Место фактического проживания: _____

Контактный телефон: _____

Паспорт: серия _____ № _____, выданный _____
(кем выдан)

дата выдачи _____.

Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования _____

ИНН физического лица _____

Наименование медицинской организации, подведомственной Департаменту Смоленской области по здравоохранению, с которой гражданином заключен трудовой договор,

Наименование занимаемой должности в медицинской организации, подведомственной Департаменту Смоленской области по здравоохранению, с указанием структурного подразделения

Наименование населенного пункта, в котором расположена медицинская организация, подведомственная Департаменту Смоленской области по здравоохранению, с которой гражданином заключен трудовой договор, _____

код ОКТМО _____

Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату в размере одного миллиона рублей, установленную Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Причитающуюся сумму единовременной компенсационной выплаты прошу перечислить _____

(указать кредитную организацию и номер счета)

Приложение: (*)

«__» _____ 20 г.

_____ (подпись заявителя)

(*) К заявлению прилагаются документы согласно Порядку заключения медицинским работником в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 году на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа Смоленской области или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа Смоленской области из другого населенного пункта, после заключения им трудового договора с областным государственным учреждением здравоохранения договора о предоставлении в 2016 году единовременной компенсационной выплаты от 25.02.2016 № 98

Заявление и документы гр. _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

приняты _____ и зарегистрированы № _____
(дата) (подпись специалиста, принявшего документы)

(линия отрыва)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гр. _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

приняты _____ в количестве _____
(дата) (указать прописью)

(подпись специалиста, принявшего документы)