



ДЕПАРТАМЕНТ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ПРИКАЗ

17.05.2017

№ 512

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 и 2017 годах 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 2017 году единовременной компенсационной выплаты, утвержденным постановлением Администрации Смоленской области от 28.04.2017 № 274,

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

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».

Настоящим подтверждаю, что за предоставлением единовременной компенсационной выплатой, ранее никогда не обращался и не получал.

_____ (Ф.И.О.)

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 и 2017 годах 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 2017 году единовременной компенсационной выплаты от 28.04.2017 № 274

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)