



ДЕПАРТАМЕНТ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ПРИКАЗ

23.05.2017

№ 537

Об утверждении формы заявления и договора на предоставление единовременного денежного пособия работникам областных государственных учреждений здравоохранения

В соответствии с постановлением Администрации Смоленской области от 17.05.2017 № 322 «О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2017 году»,

п р и к а з ы в а ю:

Утвердить:

- форму заявления о предоставлении единовременного денежного пособия (далее – пособие) согласно приложению № 1 к настоящему приказу;
- форму договора о выплате пособия согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

Начальник Департамента

В.И. Степченков

Приложение № 1
к приказу Департамента Смоленской
области по здравоохранению
от «__» _____ 2017 № _____

ФОРМА

Департамент Смоленской области
по здравоохранению

ЗАЯВЛЕНИЕ
на предоставление единовременного денежного пособия

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 _____

Реквизиты договора на обучение в ординатуре (интернатуре) на условиях целевого приема, обучающимся на основании договора о целевом обучении между областным государственным учреждением здравоохранения, выпускником образовательной организации высшего медицинского образования _____

Наименование областного государственного учреждения здравоохранения, с которым гражданином заключен трудовой договор, _____

Наименование занимаемой должности в областном государственном учреждении здравоохранения с указанием структурного подразделения _____

Наименование населенного пункта, в котором расположено областное государственное учреждение здравоохранения, с которым гражданином заключен трудовой договор _____

код ОКТМО _____

Прошу предоставить мне единовременное денежное пособие в размере _____ рублей, установленное постановлением Администрации Смоленской области от 17.05.2017 № 322 «О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2017 году».

Причитающуюся сумму единовременного денежного пособия прошу перечислить _____

(указать кредитную организацию и номер счета)

Приложение: (*)

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

(*)К заявлению прилагаются документы согласно Порядку предоставления в 2017 году дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременного денежного пособия следующим категориям работников областных государственных учреждений здравоохранения.

Приложение № 2
к приказу Департамента Смоленской
области по здравоохранению
от «__» _____ 2017 № _____

ФОРМА

ДОГОВОР № _____
о выплате единовременного денежного пособия

г. Смоленск

«__» _____ 20__ г.

Департамент Смоленской области по здравоохранению, именуемый в дальнейшем «Департамент», в лице начальника Департамента _____, действующего на основании Положения, утвержденного постановлением Администрации Смоленской области от 28.08.2002 № 215, с одной стороны, и работник

(полное наименование учреждения здравоохранения, ФИО)

именуемый в дальнейшем «работник», именуемые в дальнейшем «стороны», руководствуясь постановлением Администрации Смоленской области от 17.05.2017 № 322 «О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2017 году» (далее – постановление), на основании приказа Департамента Смоленской области по здравоохранению от _____ № _____ заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

Предметом настоящего договора является выплата единовременного денежного пособия в порядке, установленном постановлением.

2. Обязательства Сторон

2.1. Обязательства Департамента:

2.1.1. В течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего договора выплатить работнику единовременное денежное пособие в размере _____ рублей (далее – пособие) путем перечисления денежных средств на счет работника, указанный в разделе 5 настоящего договора.

2.2. Обязательства работника:

2.2.1. Обеспечить выполнение трудового договора от _____ № _____, заключенного между работником и _____

(наименование учреждения здравоохранения)

(далее соответственно – трудовой договор, учреждение).

2.2.2. Возвратить выплаченное Департаментом пособие в течение 30 рабочих дней при условии, если работник на дату расторжения трудового договора фактически отработал в учреждении менее трех лет со дня заключения трудового договора и при этом трудовой договор расторгается по следующим основаниям:

- по инициативе заявителя;
- по инициативе работодателя по основаниям, связанным с дисциплинарными взысканиями;
- по соглашению сторон;
- отказ медицинского работника от перевода на другую работу, необходимого ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными

законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, либо отсутствие у работодателя соответствующей работы;

- по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон.

В случае неисполнения работником обязательства, предусмотренного настоящим подпунктом, выплаченное пособие подлежит взысканию в судебном порядке.

2.2.3. В фактически отработанное в учреждении время не включаются следующие периоды:

- прохождение заявителем действительной военной службы (альтернативной гражданской службы);

- обучение заявителя в ординатуре (интернатуре).

3. Ответственность Сторон

Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в соответствии с федеральным и областным законодательством.

4. Заключительные положения

4.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств, предусмотренных настоящим договором.

4.2. Любое уведомление, которое одна сторона направляет другой стороне в соответствии с настоящим договором, направляется в письменной форме по почте или факсимильной связью с последующим представлением оригинала.

4.3. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

4.4. Договор составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

5. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Департамент Смоленской области по
здравоохранению
Почтовый адрес: 214008, г. Смоленск,
пл. Ленина, 1

Лицевой счет № 03809001170
в Департаменте бюджета и финансов
Смоленской области
Расчетный счет 40201810900000100001
в Отделении Смоленск г. Смоленск
БИК 046614001
ИНН 6730009960
КПП 673001001
ОКТМО 66701000

Начальник Департамента

М.П.

Работник

(ФИО)
проживающий по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____,
выдан _____

Номер счета и наименование кредитной
организации для перечисления пособия:

Работник

(ФИО)

(подпись)