



ДЕПАРТАМЕНТ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

**ПРИКАЗ**

14.05.2018

№ 581

Об утверждении формы заявления о получении дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременного денежного пособия и договора на ее предоставление

В соответствии с постановлением Администрации Смоленской области от 07.05.2018 № 289 «О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2018 году»,

п р и к а з ы в а ю:

Утвердить:

- форму заявления о получении дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременного денежного пособия (далее - пособие) согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

- форму договора о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в виде пособия согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

И.о. начальника Департамента

**Е.Н. Войтова**

Приложение № 1  
к приказу Департамента Смоленской  
области по здравоохранению  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 № \_\_\_\_\_

ФОРМА

Департамент Смоленской области  
по здравоохранению

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о получении пособия**

Гр. \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, дата, месяц год рождения)

заключивший договор (контракт) \_\_\_\_\_

(наименование договора (контракта), его номер и дата)

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 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 пособие в размере \_\_\_\_\_  
рублей, установленное постановлением Администрации Смоленской области от 07.05.2018 № 289  
«О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных  
государственных учреждений здравоохранения в 2018 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 2018 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 «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 № \_\_\_\_

ФОРМА

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**

**о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в виде 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 07.05.2018 № 289 «О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2018 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 (далее – пособие) 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 пособие в размере \_\_\_\_\_ рублей 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:

- обучение заявителя в ординатуре;
- нахождение заявителя в отпуске по беременности и родам, отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора (трех) лет.

### 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)