



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

ПРИКАЗ

18.04.2023

№ 532

Саранск

О реализации постановления Правительства Республики Мордовия от 14 декабря 2022 года №792 «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек на территории Республики Мордовия»

В соответствии с пунктом 6 Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек на территории Республики Мордовия, утвержденного постановлением Правительства Республики Мордовия от 14 декабря 2022 года №792 «Об утверждении Порядка предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек на территории Республики Мордовия», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемые:
форму договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты;
форму заявления о предоставлении единовременной компенсационной

выплаты;

форму согласия на обработку персональных данных.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2023 года.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



О.В. Маркин

Утверждена
приказом Министерства
здравоохранения
Республики Мордовия
от 18.04. 2023г. № 532

**Договор
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты**

г. Саранск

« » 20 г.

Министерство здравоохранения Республики Мордовия в лице
Министра здравоохранения Республики Мордовия _____,
действующего на основании Положения, с одной стороны, далее
именуемое «Министерство», _____

_____ (полное
наименование государственной медицинской организации,
подведомственной Министерству здравоохранения Республики Мордовия) в
лице _____

_____, действующего на основании _____,
со второй стороны, далее именуемая «Медицинская организация», и
медицинский работник _____,

(фамилия, имя, отчество)

именуемый в дальнейшем «Получатель единовременной
компенсационной выплаты», с третьей стороны, вместе именуемые
«Стороны», заключили настоящий Договор о предоставлении
единовременной компенсационной выплаты (далее – Договор) о
нижеследующем.

I. Предмет договора

1. Предметом Договора является предоставление единовременной
компенсационной выплаты в размере _____

_____ (размер
единовременной компенсационной выплаты указывается цифрами и
прописью) Получателю единовременной компенсационной выплаты,
прибывшему (переехавшему) в текущем финансовым году году на работу в
сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского
типа, либо город с населением до 50 тыс. человек и заключившему трудовой

договор с медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения Республики Мордовия, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации, с выполнением трудовой функции на должности, включенной в перечень вакантных должностей медицинских работников в медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на текущий финансовый год (далее - программный реестр должностей),

(наименование должности с указанием структурного подразделения)

(наименование медицинской организации)

(наименование сельского населенного пункта, либо рабочего поселка, либо поселка городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек)

II. Обязанности Сторон

2. Получатель единовременной компенсационной выплаты обязан:

2.1. Исполнять трудовые обязанности в течение 5 (пяти) лет со дня заключения трудового договора с «_____» _____ 20__ года по «_____» _____ 20__ года на должности в соответствии с трудовым договором при условии продления Договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации, за исключением статей 255 и 256 Трудового кодекса Российской Федерации (отпуска по беременности и родам и отпуска по уходу за ребенком)).

2.2. Проинформировать в письменном виде Министерство о причине неисполнения трудовой функции в полном объеме по трудовому договору в течение пяти рабочих дней с даты неисполнения трудовой функции в полном объеме по трудовому договору.

2.3. Заключить дополнительное соглашение к Договору о продлении срока действия настоящего Договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации, за исключением статей 255 и 256 Трудового кодекса Российской Федерации (отпуска по беременности и родам и отпуска по уходу за ребенком)).

В случае предоставления Получателю единовременной компенсационной выплаты отпуска по беременности и родам и отпуска по уходу за ребенком до истечения пятилетнего срока, указанного в пункте 2.1 настоящего Договора, Получатель единовременной компенсационной выплаты обязан заключить дополнительное соглашение о продлении срока Договора не позднее 14 рабочих дней с даты предоставления указанного

отпуска.

2.4. В течение пяти рабочих дней со дня прекращения трудового договора:

возвратить в республиканский бюджет Республики Мордовия путем перечисления на лицевой счет Министерства здравоохранения Республики Мордовия часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения 5-летнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам;

возвратить в республиканский бюджет Республики Мордовия путем перечисления на лицевой счет Министерства здравоохранения Республики Мордовия часть единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия Договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника).

2.5. В течение трех рабочих дней со дня прекращения трудовых отношений с Медицинской организацией уведомить об этом Министерство.

3. Министерство обязано:

3.1. Перечислить в течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего Договора денежные средства в размере _____ рублей на лицевой счет Получателя _____ единовременной компенсационной выплаты № _____, открытый в финансово-кредитной организации.

3.2. Требовать возврата:

части единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения 5-летнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5 - 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам;

части единовременной компенсационной выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) и непродлением срока действия Договора на

период неисполнения функциональных обязанностей.

3.3. В случае невозврата Получателем единовременной компенсационной выплаты в добровольном порядке части единовременной компенсационной выплаты по истечении пяти рабочих дней со дня прекращения трудового договора с Медицинской организацией по основаниям, указанным в Договоре, принять меры по взысканию с Получателя единовременной компенсационной выплаты невозвращенную часть единовременной компенсационной выплаты в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. Медицинская организация обязана:

4.1. Письменно уведомить Министерство о прекращении трудового договора с Получателем единовременной компенсационной выплаты до истечения пятилетнего срока, а также о переводе Получателя единовременной компенсационной выплаты на другую должность или его поступлении на обучение по дополнительным профессиональным программам не позднее дня, следующего за днем соответственно увольнения (с указанием основания прекращения трудового договора), перевода Получателя единовременной компенсационной выплаты на другую должность или его поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам, а также о предоставлении отпуска по беременности и родам и отпуска по уходу за ребенком, а также по иным периодам неисполнения трудовой функции в полном объеме.

Медицинская организация обязана к уведомлению представить в Министерство заверенные копии приказов и иных документов, подтверждающие прекращение трудового договора, переводы, направление на обучение, отпуска по беременности и родам и отпуска по уходу за ребенком, а также иные периоды неисполнения трудовой функции в полном объеме.

III. Ответственность Сторон

5. Стороны договора несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, установленных настоящим Договором, в порядке, установленном действующим законодательством.

6. При неисполнении обязательства по возврату части единовременной компенсационной выплаты в срок, предусмотренный пунктом 2.4 Договора, Получатель единовременной компенсационной выплаты в соответствии со статьей 395 Гражданского кодекса Российской Федерации уплачивает Министерству проценты за пользование чужими денежными средствами в размере ключевой ставки Банка России, действовавшей в соответствующие периоды, со дня, когда денежные средства должны быть возвращены, до дня их возврата.

7. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору в случае

наступления обстоятельств непреодолимой силы, не зависящих от воли сторон.

IV. Порядок рассмотрения споров

8. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами по вопросам, не нашедшим своего разрешения в данном Договоре, разрешаются путем переговоров.

9. Не урегулированные в процессе переговоров споры разрешаются в установленном действующим законодательством порядке.

10. Споры, возникающие в связи с исполнением обязательств по настоящему Договору, подлежат рассмотрению в Ленинском районном суде города Саранска.

V. Срок действия договора

11. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

VI. Заключительные положения

12. В случае изменения у Получателя единовременной компенсационной выплаты паспортных данных, места регистрации, Получатель единовременной компенсационной выплаты в течение пяти рабочих дней с момента изменения данных, письменно уведомляет Министерство и Медицинскую организацию.

В связи изменениями у Получателя единовременной компенсационной выплаты паспортных данных, места регистрации, стороны заключают дополнительное соглашение к Договору.

13. Изменения вносятся в настоящий Договор по согласованию Сторон путем оформления дополнительного соглашения.

14. Настоящий Договор составлен в трёх экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

VII. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Министерство	Медицинская организация	Получатель единовременной компенсационной выплаты
Министерство здравоохранения Республики Мордовия	Полное наименование:	Фамилия, имя, отчество:

Юридический адрес: 430005, Республика Мордовия, г. Саранск, ул.Коммунистическая, д.33, корп.2	Юридический адрес:	Адрес по паспорту согласно регистрации:
		Адрес фактического проживания:
		Дата рождения Паспорт серия, номер, кем и когда выдан
Телефон:	Телефон:	Телефон:
ИНН:	ИНН:	СНИЛС:
БИК:	БИК:	
КПП:	КПП:	Реквизиты счета в кредитной организации:
Реквизиты:	Реквизиты:	
Министр здравоохранения Республики Мордовия	Руководитель медицинской организации	Получатель единовременной компенсационной выплаты

(личная подпись)

(личная подпись)

(личная подпись)

(фамилия, инициалы)
М.П.

(фамилия, инициалы)
М.П.

(фамилия, инициалы)

Форма

Утверждена
приказом Министерства
здравоохранения
Республики Мордовия
от 18.04 2023г. № 532

Министру здравоохранения
Республики Мордовия

(фамилия, имя, отчество)

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированного (ой) по
адресу:

фактически проживающего (ей)
по адресу:

(контактный телефон)

паспорт серии _____ № _____
выдан _____

(кем и когда выдан документ)
дата рождения _____

Заявление

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

В соответствии с Порядком предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек на территории Республики Мордовия, утвержденным постановлением Правительства Республики

Мордовия от 14 декабря 2022г. №792, прошу предоставить мне,

(Фамилия, имя, отчество, должность, наименование структурного подразделения,
наименование медицинской организации)

единовременную компенсационную выплату в размере _____

(размер единовременной компенсационной выплаты указывается
цифрами и прописью)

рублей путем перечисления денежных средств на лицевой счет

№ _____

открытый в кредитной организации _____

(полное наименование
кредитной организации, наименование и номер отделения кредитной
организации), расположенной по адресу: _____

реквизиты кредитной организации: ИНН _____

БИК _____, ОКПО _____

КПП _____

Своей подписью подтверждаю, что
не имею неисполненных обязательств по договору о целевом обучении/
трудоустраиваюсь в медицинскую организацию, с укомплектованностью
штата менее 60 процентов/ выполнил обязательства, связанные с целевым
обучением (целевой подготовкой) и продолжаю работу в той же
медицинской организации, расположенной в сельском населенном пункте,
либо рабочем поселке, либо поселке городского типа, либо городе с
населением до 50 тыс. человек/ трудоустраиваюсь на работу в медицинскую
организацию, расположенную в месте моего проживания (в сельском
населенном пункте, либо рабочем поселке, либо поселке городского типа,
либо городе с населением до 50 тыс. человек), после завершения обучения в
медицинской образовательной организации высшего образования или
медицинской профессиональной образовательной организации (в том числе
на основании договора о целевом обучении) (нужное подчеркнуть);

мне ранее не предоставлялась единовременная компенсационная
выплата, в том числе в других субъектах Российской Федерации.

Согласие на обработку моих персональных данных прилагаю.

Приложение: на _____ л. в _____ экз.

Личная подпись заявителя _____

Фамилия, имя, отчество заявителя _____

(дата)