



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

03.02.2023г.

ПРИКАЗ

№

9

г. Омск

Об отдельных мерах по реализации постановления Правительства
Омской области от 23 ноября 2022 года № 660-п

В целях реализации постановления Правительства Омской области от 23 ноября 2022 года № 660-п «О мерах социальной поддержки гражданам, заключившим договор о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования» приказываю:

Утвердить:

1) форму заявления о предоставлении ежемесячной денежной выплаты гражданам, заключившим договор о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования (далее соответственно – гражданин, программа СПМО), согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

2) форму заявления о предоставлении компенсации расходов на оплату найма (поднайма) жилого помещения гражданам в период обучения по программам СПМО согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

3) форму заявления о предоставлении ежегодной денежной выплаты гражданам, трудоустроившимся после завершения обучения по программам СПМО в государственные учреждения здравоохранения Омской области, согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

4) форму заявления о предоставлении компенсации расходов на оплату найма (поднайма) жилого помещения гражданам, трудоустроившимся после завершения обучения по программам СПМО в государственные учреждения здравоохранения Омской области, согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

Первый заместитель
Министра здравоохранения
Омской области

А.Л. Сухарев

ФОРМА

заявления о предоставлении ежемесячной денежной выплаты гражданам,
заключившим договор о целевом обучении по образовательным
программам среднего профессионального медицинского
образования

(наименование государственного учреждения
здравоохранения Омской области, расположенного
в муниципальном районе Омской области)

Заявление

о предоставлении ежемесячной денежной выплаты гражданам, заключившим
договор о целевом обучении по образовательным программам среднего
профессионального медицинского образования
(далее соответственно – обучающиеся,
ежемесячная денежная выплата)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

документ, удостоверяющий личность:

наименование _____, серия _____,
номер _____, кем выдан _____

дата выдачи «__» _____ Г.,

адрес регистрации по месту жительства: _____

адрес регистрации по месту пребывания (при наличии): _____

адрес фактического места проживания: _____

контактный телефон: _____

место обучения, специальность обучающегося: _____

прошу предоставить мне, обучающемуся _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), ежемесячную
денежную выплату в соответствии с постановлением Правительства Омской
области от 23 ноября 2022 года № 660-п «О мерах социальной поддержки

гражданам, заключившим договор о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования».

Уведомление о назначении или об отказе в назначении ежемесячной денежной выплаты (с указанием причин отказа) прошу направить в форме электронного документа (подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью) в соответствии с законодательством и (или) документа на бумажном носителе (нужное подчеркнуть).

Настоящим заявлением выражаю согласие
 _____ (наименование государственного
 учреждения здравоохранения Омской области, расположенного в
 муниципальном районе Омской области) на обработку содержащихся в нем
 сведений, а также прилагаемых к нему документов, представленных мной для
 получения ежемесячной денежной выплаты, персональных данных, включая
 сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,
 изменение), извлечение, использование, передачу (распространение,
 предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление,
 уничтожение.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в
 настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве
 настоящего согласия.

Приложение:

(список прилагаемых документов)

« ____ » _____ Г.

 (подпись заявителя)

 (инициалы, фамилия)

ФОРМА

заявления о предоставлении компенсации расходов на оплату найма
(поднайма) жилого помещения гражданам, заключившим договор
о целевом обучении по образовательным программам
среднего профессионального медицинского образования,
в период обучения по образовательным программам
среднего профессионального медицинского
образования

(наименование государственного учреждения
здравоохранения Омской области, расположенного
в муниципальном районе Омской области)

Заявление

о предоставлении компенсации расходов на оплату найма (поднайма) жилого
помещения гражданам, заключившим договор о целевом обучении по
образовательным программам среднего профессионального
медицинского образования, в период обучения по образовательным
программам среднего профессионального медицинского
образования (далее соответственно – обучающиеся,
компенсация расходов на жилое помещение
в период обучения)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

документ, удостоверяющий личность:

наименование _____, серия _____,
номер _____, кем выдан _____

дата выдачи «__» _____ Г.,

адрес регистрации по месту жительства: _____

адрес регистрации по месту пребывания (при наличии): _____

адрес фактического места проживания: _____

контактный телефон: _____

место обучения, специальность обучающегося: _____

прошу предоставить мне, обучающемуся _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), компенсацию расходов на жилое помещение в период обучения в соответствии с постановлением Правительства Омской области от 23 ноября 2022 года № 660-п «О мерах социальной поддержки гражданам, заключившим договор о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования».

Уведомление об отказе в предоставлении компенсации расходов на жилое помещение в период обучения (с указанием причин отказа) прошу направить в форме электронного документа (подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью) в соответствии с законодательством и (или) документа на бумажном носителе (нужное подчеркнуть).

Настоящим заявлением выражаю согласие _____ (наименование государственного учреждения здравоохранения Омской области, расположенного в муниципальном районе Омской области) на обработку содержащихся в нем сведений, а также прилагаемых к нему документов, представленных мной для получения компенсации расходов на жилое помещение в период обучения, персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

Приложение:

(список прилагаемых документов)

« ____ » _____ Г.

(подпись заявителя)

(инициалы, фамилия)

ФОРМА

заявления о предоставлении ежегодной денежной выплаты гражданам,
заключившим договор о целевом обучении по образовательным
программам среднего профессионального медицинского
образования, трудоустроившимся после завершения
обучения по образовательным программам среднего
профессионального медицинского образования в
государственные учреждения здравоохранения
Омской области

_____ (наименование государственного учреждения
здравоохранения Омской области, расположенного
в муниципальном районе Омской области)

Заявление

о предоставлении ежегодной денежной выплаты гражданам, заключившим
договор о целевом обучении по образовательным программам среднего
профессионального медицинского образования, трудоустроившимся после
завершения обучения по образовательным программам среднего
профессионального медицинского образования в государственные
учреждения здравоохранения Омской области (далее соответственно –
работник, ежегодная компенсационная выплата)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

документ, удостоверяющий личность:

наименование _____, серия _____,
номер _____, кем выдан _____

дата выдачи «__» _____ Г.,

адрес регистрации по месту жительства: _____

адрес регистрации по месту пребывания (при наличии): _____

адрес фактического места проживания: _____

контактный телефон: _____

место работы, должность работника: _____

прошу предоставить мне, работнику _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), ежегодную компенсационную выплату в соответствии с постановлением Правительства Омской области от 23 ноября 2022 года № 660-п «О мерах социальной поддержки гражданам, заключившим договор о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования».

Уведомление об отказе в предоставлении ежегодной компенсационной выплаты (с указанием причин отказа) прошу направить в форме электронного документа (подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью) в соответствии с законодательством и (или) документа на бумажном носителе (нужное подчеркнуть).

Настоящим заявлением выражаю согласие _____ (наименование государственного учреждения здравоохранения Омской области, расположенного в муниципальном районе Омской области) на обработку содержащихся в нем сведений, а также прилагаемых к нему документов, представленных мной для получения ежегодной компенсационной выплаты, персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

Приложение:

(список прилагаемых документов)

« ____ » _____ г.

 (подпись заявителя)

 (инициалы, фамилия)

ФОРМА

заявления о предоставлении компенсации расходов на оплату найма (поднайма) жилого помещения гражданам, заключившим договор о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования, трудоустроившимся после завершения обучения по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования в государственные учреждения здравоохранения Омской области

_____ (наименование государственного учреждения здравоохранения Омской области, расположенного в муниципальном районе Омской области)

Заявление

о предоставлении компенсации расходов на оплату найма (поднайма) жилого помещения гражданам, заключившим договор о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования, трудоустроившимся после завершения обучения по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования в государственные учреждения здравоохранения Омской области (далее соответственно – работник, компенсация расходов на жилое помещение)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

документ, удостоверяющий личность:

наименование _____, серия _____,

номер _____, кем выдан _____,

дата выдачи «__» _____ Г.,

адрес регистрации по месту жительства: _____,

адрес регистрации по месту пребывания (при наличии): _____,

адрес фактического места проживания: _____,

контактный телефон: _____,

место работы, должность работника: _____,
 прошу предоставить мне, работнику _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), компенсацию расходов на жилое помещение в соответствии с постановлением Правительства Омской области от 23 ноября 2022 года № 660-п «О мерах социальной поддержки гражданам, заключившим договор о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального медицинского образования».

Уведомление об отказе в предоставлении компенсации расходов на жилое помещение (с указанием причин отказа) прошу направить в форме электронного документа (подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью) в соответствии с законодательством и (или) документа на бумажном носителе (нужное подчеркнуть).

Настоящим заявлением выражаю согласие _____ (наименование государственного учреждения здравоохранения Омской области, расположенного в муниципальном районе Омской области) на обработку содержащихся в нем сведений, а также прилагаемых к нему документов, представленных мной для получения компенсации расходов на жилое помещение, персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, действует до даты подачи заявления об отзыве настоящего согласия.

Приложение:

(список прилагаемых документов)

« ____ » _____ Г. _____ (подпись заявителя) _____ (инициалы, фамилия)
