



ДЕПАРТАМЕНТ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

П Р И К А З

«20» мая 2022

№ 631

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

В соответствии с постановлением Администрации Смоленской области от 18.05.2022 № 323 «О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2022 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 согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

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

Начальник Департамента

О.С. Стунжас

Приложение № 1
к приказу Департамента
Смоленской области по
здравоохранению
от «20» мая 2022 № 631

ФОРМА

Департамент Смоленской области
по здравоохранению

ЗАЯВЛЕНИЕ

о получении дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременного денежного пособия

Гр. _____,
(фамилия, имя, отчество, дата, месяц год рождения)

заклучивший 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 единовременное денежное пособие в размере _____ рублей, установленное постановлением Администрации Смоленской области от 18.05.2022 № 323 «О дополнительной мере социальной поддержки

отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2022 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 2022 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 «20» мая 2022 № 631

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 Стунжас Ольги Сергеевны, действующего на основании Положения, утвержденного постановлением Администрации Смоленской области от 28.08.2002 № 215, распоряжения Губернатора Смоленской области «Об О.С. Стунжас» от 27.01.2022 № 62-р, с одной стороны, и работник _____,

(полное наименование учреждения здравоохранения, ФИО)

именуемый в дальнейшем «работник», именуемые в дальнейшем «стороны», руководствуясь постановлением Администрации Смоленской области от 18.05.2022 № 323 «О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2022 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 четырех 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
214008 г. Смоленск, пл. Ленина, д. 1

ИНН 6730009960

КПП 673001001

Лицевой счет № 03809001170 в

Департаменте бюджета и финансов

Смоленской области

Единый счет бюджета

03221643660000006300

Наименование банка:

ОТДЕЛЕНИЕ СМОЛЕНСК БАНКА

РОССИИ// УФК по Смоленской области

г. Смоленск

БИК банка 016614901

Кор. счет. 40102810445370000055

ОКТМО 66701000

Начальник Департамента

_____ О.С. Стунжас

М.П.

Работник

(ФИО)

проживающий по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____,

выдан _____

Номер счета и наименование кредитной
организации для перечисления пособия:

Работник

(ФИО)

(подпись)