АДМИНИСТРАЦИЯ

ОДИНЦОВСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

20.04.2022 № 1610

О внесении изменений в Порядок предоставления ежемесячной социальной помощи на частичную компенсацию за наем жилых помещений отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Московской области, и отдельным категориям социальных работников учреждений социального обслуживания, находящихся в ведении Министерства социального развития Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа», утвержденный постановлением Администрации Одинцовского городского округа Московской области от 11.08.2020 № 1946 (с изменениями от 25.05.2021 № 1812)

В соответствии с постановлением Правительства Московской области от 29.12.2021 № 1490/45 «О предоставлении меры социальной поддержки в виде ежемесячной денежной выплаты медицинским работникам медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, расположенных на территории Московской области, с высшим или средним медицинским образованием»,

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Внести в Порядок предоставления ежемесячной социальной помощи на частичную компенсацию за наем жилых помещений отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Московской области и отдельным категориям социальных работников учреждений социального обслуживания, находящихся в ведении Министерства социального развития Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа, утвержденный постановлением Администрации Одинцовского городского округа Московской области от 11.08.2020 № 1946 следующие изменения и дополнения:

1) дополнить пункт 1.4 раздела 1 подпунктами 8, 9 следующего содержания:

«8) Работник и (или) члены его семьи (супруг, супруга, дети) не является получателем аналогичной социальной помощи (поддержки) на частичную компенсацию за наем жилого помещения;

9) Работник не входит в Перечень должностей в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Московской области, расположенных на территории Московской области, при замещении которых медицинским работникам предоставляется мера социальной поддержки в виде ежемесячной денежной выплаты из бюджета Московской области, утвержденный Постановлением Правительства Московской области от 29.12.2021 № 1490/45.»;

3) дополнить пункт 3.3 раздела 3 абзацем следующего содержания:

«Уполномоченный орган направляет запрос в Государственное бюджетное учреждение Московской области «Одинцовская областная больница» о предоставлении информации о неполучении (получении) Работником и (или) членом его семьи (супругом, супругой, детьми) аналогичной социальной помощи (поддержки) на частичную компенсацию за наем жилого помещения с указанием причин»;

4) дополнить пункт 5.2 раздела 5 подпунктом 5.2.9, 5.2.10 следующего содержания:

«5.2.9. Предоставление Работнику и (или) членам его семьи (супругу, супруге, детям) аналогичной социальной помощи (поддержки) на частичную компенсацию за наем жилого помещения;

5.2.10. В случае перевода Работника на должность, определенную в Перечне должностей в медицинских организциях, при замещении которых, медицинским работникам предоставляется выплата социальной помощи из бюджета Московской области.»;

6) дополнить пункт 6.1 раздела 6 подпунктами 6.1.5, 6.1.6 следующего содержания:

«6.1.5. Работник и (или) члены его семьи (супруг, супруга, дети) является получателем аналогичной социальной помощи (поддержки) на частичную компенсацию за наем жилого помещения;

6.1.6. Работник занимает в медицинской организации должность, определенную в Перечне должностей в медицинских организциях, при замещении которых медицинским работникам предоставляется выплата социальной помощи из бюджета Московской области.»;

8) Изложить Приложение 1 к Порядку в редакции согласно Приложению 1 к настоящему Постановлению.

9) Изложить Приложение 4 к Порядку в редакции согласно Приложению 2 к

настоящему Постановлению.

2. Настоящее постановление вступает в силу со дня официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2022.

3. Опубликовать настоящее постановление в официальных средствах массовой информации Одинцовского городского округа Московской области на сайте Одинцовского городского округа Московской области в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

4. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на заместителя Главы Администрации Одинцовского городского округа Московской области Дмитриева О.В.

Глава Одинцовского городского округа А.Р. Иванов

Приложение 1

к Постановлению Администрации

Одинцовского городского округа

от «20» 04.2022 № 1610

«Приложение 1

к Порядку

Форма заявления

*(должность, ФИО работодателя)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( наименование учреждения)*

\_\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, ФИО работника)*

зарегистрированного по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу:

Тел.:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить мне социальную помощь на частичную компенсацию за наем жилых помещений отдельным категориям работников учреждений здравоохранения (учреждений социального обслуживания).

Для назначения прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Кол-во |
| 1. | Согласие на обработку персональных данных |  |
| 2. | Копия документа, удостоверяющего личность |  |
| 3. | Копия договора найма жилого помещения в Одинцовском городском округе, заключенного с собственником жилого помещения в соответствии с действующим законодательством |  |
| 4. | Выписка из Единого государственного реестра недвижимости (ЕГРН) об объектах недвижимости на территории , находящихся в собственности работника и членов семьи (муж, жена, несовершеннолетние дети) (оригинал) |  |

Уведомляю, что аналогичную социальную помощь на частичную компенсацию за наем жилого помещения ни я, ни члены моей семьи не получаем.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(подпись)

Приложение 2

к Постановлению Администрации

Одинцовского городского округа

от «20» 04.2022 № 1610

«Приложение 4

к Порядку

Форма заявления

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО работодателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

От

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО работника)

Зарегистрированного по

адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего по

адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Конт.

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне социальную помощь за наем жилых помещений отдельным категориям работников учреждений здравоохранения и учреждений социального обслуживания за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для выплаты прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Кол-во |
| 1. | Документ, подтверждающий оплату за нем жилого помещения за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |  |
| 2. | Документ, подтверждающий банковские реквизиты |  |
| 3. |  |  |

Прошу частичную компенсационную выплату за наем жилых помещений отдельным категориям работников учреждений здравоохранения и учреждения социального обслуживания:

1. Перечислить по следующим реквизитам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уведомляю, что аналогичную социальную помощь на частичную компенсацию за наем жилого помещения ни я, ни члены моей семьи не получаем.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(расшифровка подписи)