АДМИНИСТРАЦИЯ

ОДИНЦОВСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

26.11.2024 № 8375

Об утверждении Порядка предоставления ежемесячных стимулирующих выплат медицинским работникам - молодым специалистам государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области, относящимся к категории лиц, получивших среднее профессиональное образование или высшее образование по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам и впервые поступающим на работу по полученной специальности

В соответствии с Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Законом Московской области от 14.11.2013 № 132/2013-ОЗ «О здравоохранении в Московской области», Решением Совета депутатов Одинцовского городского округа Московской области от 09.06.2020 № 6/17 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий медицинских работников государственных учреждений здравоохранения и социальных работников государственных учреждений социального обслуживания расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области» (с изменениями, внесенными Решением Совета депутатов Одинцовского городского округа Московской области от 26.04.2024 № 5/56), в целях материального стимулирования медицинских работников - молодых специалистов государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа,

 ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить Порядок предоставления ежемесячных стимулирующих выплат медицинским работникам - молодым специалистам государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области, относящимся к категории лиц, получивших среднее профессиональное образование или высшее образование по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам и впервые поступающим на работу по полученной специальности (прилагается).

2. Утвердить Перечень должностей в государственных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа, при замещении которых, медицинским работникам - молодым специалистам предоставляется мера социальной поддержки в виде ежемесячной стимулирующей выплаты (прилагается).

3. Опубликовать настоящее постановление в официальном средстве массовой информации Одинцовского городского округа и разместить на официальном сайте Одинцовского городского округа Московской области в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

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

Глава Одинцовского городского округа А.Р. Иванов

 УТВЕРЖДЕН

 постановлением Администрации

Одинцовского городского округа

Московской области

от 26.11.2024 № 8375

Порядок предоставления ежемесячных стимулирующих выплат медицинским работникам - молодым специалистам государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области, относящимся к категории лиц, получивших среднее профессиональное образование или высшее образование по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам и впервые поступающим на работу по полученной специальности

1. Общие положения

1. Настоящий Порядок устанавливает правила назначения и предоставления ежемесячных стимулирующих выплат медицинским работникам-молодым специалистам государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области, относящимся к категории лиц, получивших среднее профессиональное образование или высшее образование по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам и впервые поступающим на работу по полученной специальности (далее – Порядок, Выплаты, Учреждение здравоохранения).

2. Выплаты назначаются и предоставляются медицинскому работнику–молодому специалисту, гражданину Российской Федерации, из числа медицинских работников, указанных в перечне должностей в государственных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа, при замещении которых, медицинским работникам –молодым специалистам предоставляется мера социальной поддержки в виде ежемесячной стимулирующей выплаты, при одновременном соблюдении следующих условий:

1) медицинский работник-молодой специалист является специалистом дефицитных медицинских специальностей, перечни которых определяются 1 раз в год, исходя из уровня укомплектованности кадрами Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Одинцовская областная больница» и Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи» и утверждаются постановлением Администрации Одинцовского городского округа Московской области.

 Перечень должностей медицинских работников, по которым в государственных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа, имеется недостаток работников, определяется на основании имеющихся вакантных должностей в соответствии со штатным расписанием и устанавливается в договорном порядке путем внесения соответствующих изменений в Коллективный договор учреждения, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 04.02.2002 № 197 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры», с постановлением Минтруда России от 30.06.2003 № 41;

 2) медицинский работник - молодой специалист получил среднее профессиональное образование или высшее образование по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам и впервые поступил на работу в Учреждение здравоохранения по полученной специальности;

3) работа по трудовому договору является для медицинского работника - молодого специалиста основным местом работы в Учреждении здравоохранения на условиях полной занятости.

3. Размер выплаты составляет 1000 (одна тысяча) рублей 00 копеек в месяц.

4. В случае назначения Выплаты за неполный месяц, ее размер рассчитывается пропорционально отработанному времени.

Выплата не производится за время нахождения медицинского работника – молодого специалиста в административном отпуске без сохранения заработной платы более одного месяца, за время нахождения в отпуске по уходу за ребенком до достижения им установленного законом возраста, а также в случае призыва медицинского работника-молодого специалиста на военную службу, в том числе на специальную военную операцию.

5. Выплаты предоставляются ежемесячно в течение одного года со дня поступления медицинского работника - молодого специалиста в Учреждение здравоохранения, осуществляющим непрерывную трудовую деятельность.

6. Финансирование расходов, связанных с Выплатами, осуществляется за счет средств бюджета Одинцовского городского округа на текущий финансовый год в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных на реализацию мероприятий муниципальной программы Одинцовского городского округа Московской области «Социальная защита населения» на 2023-2027 годы».

1. Порядок обращения за ежемесячными стимулирующими выплатами

7. Для рассмотрения вопроса о назначении Выплат медицинский работник - молодой специалист, впервые вступивший с Учреждением здравоохранения в трудовые отношения, представляет руководителю Учреждения здравоохранения (далее – Работодатель), следующие документы:

1) заявление по установленной форме (Приложение 1 к Порядку);

2) согласие на обработку персональных данных по форме, согласно Приложению 2 к Порядку;

3) копию паспорта или документа, удостоверяющего личность, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4) копию диплома об окончании учебы в учебном заведении;

5) копию свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН);

6) копию СНИЛС;

7) копию документа, подтверждающего банковские реквизиты для перечисления денежных средств на лицевые счета в кредитных организациях.

8. Копии документов представляются Работодателю одновременно с предъявлением оригиналов документов для сверки.

1. Порядок назначения ежемесячных стимулирующих выплат

9. Для назначения Выплат Работодатель представляет в Администрацию Одинцовского городского округа Московской области (далее – Администрация) следующие документы:

1) обращение на имя Главы Одинцовского городского округа Московской области по форме, установленной Приложением 3 к Порядку;

2) заверенную печатью и подписью Работодателя справку с указанием: основного места работы, даты поступления на работу, наименования занимаемой должности медицинского работника - молодого специалиста;

3) заверенные печатью и подписью Работодателя копии документов, указанных в пункте 7 Порядка;

 10. Отдел социальной поддержки населения Управления социального развития Администрации (далее - Отдел) в течение пяти рабочих дней со дня поступления документов, указанных в пункте 9 Порядка, осуществляет их проверку на предмет соответствия заявленным требованиям. При выявлении несоответствий, документы возвращаются для доработки Работодателю. Работодатель в течение пяти рабочих дней повторно направляет в Администрацию документы, с учетом внесенных изменений.

 11. Выплаты не назначаются в случае несоответствия медицинского работника-молодого специалиста требованиям, установленным пунктом 2 настоящего Порядка, непредставления документов или их предоставления в не полном объеме.

 12. Решение о назначении Выплаты принимается Администрацией путем принятия Постановления Администрации Одинцовского городского округа Московской области.

 13. Выплата назначается со дня подачи медицинским работником –молодым специалистом заявления Работодателю.

1. Порядок предоставления ежемесячных стимулирующих выплат

14. Для предоставления Выплат Работодатель ежемесячно до 15 числа месяца, следующего за отчетным, представляет в Отдел заявку о предоставлении Выплат по форме согласно Приложению 4 к Порядку.

15. Для предоставления Выплаты за декабрь, Работодатель представляет вышеуказанные документы не позднее 25 января следующего года.

16. Перечисление Выплаты медицинскому работнику – молодому специалисту производится Управлением бухгалтерского учета и отчетности Администрации в безналичной форме путем перечисления на банковский счет.

1. Порядок прекращения ежемесячных стимулирующих выплат

17. Предоставление Выплат прекращается, в случае:

1) прекращения трудового договора, заключенного между Работодателем и медицинским работником - молодым специалистом;

2) окончания периода первого непрерывного года работы медицинского работника - молодого специалиста;

3) смерти медицинского работника - молодого специалиста;

4) выявления в представленных работником документах недостоверных сведений, влияющих на назначение выплат;

5) участие заявителя в аналогичных мероприятиях, установленных иными федеральными, региональными, муниципальными нормативными правовыми актами.

18. При наступлении причин, указанных в подпунктах 1-3 пункта 17 Порядка Работодатель направляет обращение в Администрацию о прекращении Выплаты с указанием причины прекращения.

19. При выявлении в представленных Работодателем документах недостоверных сведений, содержащихся в документах (подпункт 4 пункта 17 Порядка), Отдел самостоятельно инициирует прекращение предоставления Выплат и готовит Постановление Администрации о прекращении предоставления Выплат.

VI. Ответственность за достоверность представленных сведений и документов

 20. Работодатель несет ответственность за достоверность представленных сведений и документов перед Администрацией.

21. Выплаты, назначенные на основании документов, содержащих недостоверные сведения, а также излишне выплаченные медицинскому работнику - молодому специалисту, подлежат возврату в бюджет Одинцовского городского округа Московской области добровольно либо в судебном порядке.

Заместитель Главы

Одинцовского городского округа Дмитриев О.В.

Приложение 1

к Порядку

Форма

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

*(должность, ФИО работодателя)*

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

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

*(наименование учреждения)*

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, ФИО работника)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить мне ежемесячную стимулирующую выплату медицинскому работнику - молодому специалисту государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа.

Для назначения прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Кол-во документов |
| 1. | Согласие на обработку персональных данных |  |
| 2. | Копия документа, удостоверяющего личность  |  |
| 3. | Документ, подтверждающий банковские реквизиты лицевого счета заявителя в кредитной организации (копия) |  |
| 4.  | Копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН) |  |
| 5. | СНИЛС |  |
| 6. | Копия диплома об окончании учебы в учебном заведении |  |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Приложение 2

к Порядку

Форма

Согласие на обработку персональных данных работника

1. Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Администрацией Одинцовского городского округа своих персональных данных, в том числе в автоматизированном режиме, в целях предоставления мне ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес регистрации, паспортные данные, ИНН, СНИЛС, банковские реквизиты.

3. Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных в рамках предоставления ежемесячной стимулирующей выплаты.

4. Настоящее согласие действует до наступления срока ликвидации персонального дела заявителя, в соответствии с действующими нормами хранения дел. Заявитель может отозвать настоящее согласие путем направления письменного уведомления не ранее окончания срока получения ежемесячной стимулирующей выплаты. Отзыв не будет иметь обратной силы в отношении персональных данных, прошедших обработку до вступления в силу такого отзыва.

5. В подтверждение вышеизложенного, нижеподписавшийся заявитель подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Паспорт или документ, удостоверяющий личность в соответствии с законодательством Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

Приложение 3

к Порядку

Форма

НА БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Исх №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главе Одинцовского городского округа

Московской области

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

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

 *(наименование учреждения)*

просит назначить ежемесячную стимулирующую выплату медицинскому работнику-молодому специалисту государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа следующим работникам:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество  | Основное место работы | Дата трудоустройства |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Руководитель Учреждения

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

 *(наименование должности) (подпись) (расшифровка подписи)*

МП

Приложение 4

к Порядку

Форма

НА БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Исх №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главе Одинцовского городского округа

Московской области

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

ЗАЯВКА

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

*(наименование учреждения)*

просит предоставить ежемесячную стимулирующую выплату медицинскому работнику-молодому специалисту государственных учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории Одинцовского городского округа следующим работникам: за \_\_\_\_\_\_\_ (период):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Размер Выплаты | Дата окончания учебы в учебном заведении | Дата трудоустройства |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Руководитель Учреждения

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

 *(наименование должности) (подпись) (расшифровка подписи)*

МП