АДМИНИСТРАЦИЯ

ОДИНЦОВСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

17.02.2025 № 848

Об утверждении Порядка предоставления ежемесячных денежных выплат медицинским работникам отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области

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 отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области,

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить Порядок предоставления ежемесячных денежных выплат медицинским работникам отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области (прилагается).

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

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

4. 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 17.02.2025 № 848

Порядок предоставления ежемесячных денежных выплат медицинским работникам отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области

1. Общие положения

1. Настоящий Порядок устанавливает правила назначения и предоставления ежемесячных денежных выплат медицинским работникам отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области (далее – Порядок, Выплаты, Образовательное учреждение).

2. Выплаты назначаются и предоставляются медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Московской области (далее- Учреждение здравоохранения) отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, расположенных на территории Одинцовского городского округа Московской области:

врачу-педиатру;

медсестре (фельдшеру) отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях.

3. Ежемесячные денежные выплаты назначаются медицинскому работнику, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и образовательных учреждениях Одинцовского городского округа Московской области.

4. Выплаты назначаются при одновременном соблюдении следующих условий:

1) наличие у медицинского работника гражданства Российской Федерации;

2) стаж работы в отделении организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях не менее 3-х месяцев;

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

5. Выплаты предоставляются ежемесячно.

6. Ежемесячная денежная выплата предоставляется в размере:

врачу-педиатру отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях – в размере 5000 (пять тысяч) рублей;

медсестре (фельдшеру) отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях – в размере 3000 (три тысячи) рублей.

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

Выплата не производится за время нахождения медицинского работника 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, в случае призыва медицинского работника на военную службу, в том числе на специальную военную операцию.

8. 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 денежными выплатами

9. Для рассмотрения вопроса о назначении Выплат медицинский работник представляет руководителю Учреждения здравоохранения (далее – Работодатель), следующие документы:

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

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

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

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

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

6) копию СНИЛС.

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

1. Порядок назначения ежемесячных денежных выплат

11. 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;

3) заверенные печатью и подписью Работодателя копии документов, указанных в пункте 9 настоящего Порядка.

12. Отдел социальной поддержки населения Управления социального развития Администрации (далее-Отдел) в течение пяти рабочих дней со дня поступления документов, указанных в пункте 11 Порядка, осуществляет проверку на предмет соответствия заявленным требованиям. При выявлении несоответствий, документы возвращаются Работодателю для доработки. Работодатель в течение пяти рабочих дней повторно направляет в Администрацию документы, с учетом внесенных изменений.

13. Решение о назначении Выплаты принимается не позднее 30 рабочих дней со дня подачи заявления Работодателем путем принятия Постановления Администрации Одинцовского городского округа Московской области.

14. Выплата назначается со дня подачи медицинским работником заявления Работодателю и осуществляется путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет Работника.

IV. Порядок предоставления ежемесячных денежных выплат

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

16. Для предоставления Выплаты за декабрь Работодатель предоставляет вышеуказанные документы не позднее 25 января следующего года.

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

1. Порядок прекращения ежемесячных денежных выплат

18. Предоставление Выплат прекращается, в случае:

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

2) перевода медицинского работника на другую должность, которая не предусматривает предоставление услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и образовательных учреждениях Одинцовского городского округа Московской области;

3) выявления в представленных работником документах недостоверных сведений, влияющих на назначение выплат.

19. При наступлении причин, указанных в подпунктах 1-2 пункта 18 Порядка Работодатель в срок не позднее 3 рабочих дней направляет обращение в Администрацию о прекращении Выплаты Работнику с указанием причины прекращения.

20. При выявлении в представленных Работодателем документах недостоверных сведений, влияющих на назначение Выплат Работнику, Отдел самостоятельно инициирует прекращение предоставления Выплат и готовит Постановление Администрации о прекращении предоставления Выплат.

VI. Ответственность за достоверность представленных сведений и документов

21. Ответственность за достоверность сведений, содержащихся в представленных в соответствии с пунктом 11 Порядка документах, несет Работодатель.

22. Выплаты, назначенные на основании документов, содержащих недостоверные сведения, а также излишне выплаченные медицинскому работнику, возмещаются медицинским работником в срок не позднее 30 рабочих дней со дня выявления факта недостоверных сведений на лицевой счет Администрации Одинцовского городского округа Московской области.

При неосуществлении медицинским работником возмещения денежных средств в добровольном порядке Администрация взыскивает денежные средства 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 ежемесячную денежную выплату медицинскому работнику отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, 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. | Копия СНИЛС |  |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_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 денежных выплат медицинскому работнику отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, 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](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=114692;fld=134) 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 денежную выплату медицинскому работнику отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, 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

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

ЗАЯВКА

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

*(наименование учреждения)*

просит предоставить ежемесячную денежную выплату медицинскому работнику отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях, расположенных на территории Одинцовского городского округа, следующим работникам: за \_\_\_\_\_\_\_ (период):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Размер Выплаты | Дата трудоустройства |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Руководитель Учреждения

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

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

МП