АДМИНИСТРАЦИЯ

ОДИНЦОВСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

30.09.2025 № 6066

Об утверждении Порядка предоставления медицинским работникам частичной компенсации транспортных расходов на междугородний транспорт, связанных с переездом к месту работы в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи» и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Одинцовская областная больница» из другого субъекта Российской Федерации (кроме города федерального значения Москвы)

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 21.07.2025 № 5/13), в целях материального стимулирования медицинских работников для работы в медицинских организациях, находящихся на территории Одинцовского городского округа Московской области,

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить прилагаемый Порядок предоставления медицинским работникам частичной компенсации транспортных расходов на междугородний транспорт, связанных с переездом к месту работы в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи» и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Одинцовская областная больница» из другого субъекта Российской Федерации (кроме города федерального значения Москвы).

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 30.09.2025\_№ 6066\_\_\_\_\_

Порядок предоставления медицинским работникам частичной компенсации транспортных расходов на междугородний транспорт, связанных с переездом к месту работы в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи» и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Одинцовская областная больница» из другого субъекта Российской Федерации (кроме города федерального значения Москвы)

1. Общие положения

1. Настоящий Порядок определяет механизм и условия предоставления медицинским работникам частичной компенсации транспортных расходов на междугородний транспорт, связанных с переездом к месту работы в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи» и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Одинцовская областная больница» (далее - Учреждения здравоохранения) из другого субъекта Российской Федерации (кроме города федерального значения Москвы) (далее – Порядок, Частичная компенсация).

2. Частичная компенсация предоставляется медицинским работникам, прибывшим из другого субъекта Российской Федерации (кроме города федерального значения Москвы) для работы в Учреждениях здравоохранения в размере фактических расходов, но не более 25 000 рублей.

3. Частичная компенсация предоставляется при одновременном соблюдении следующих условий:

1) наличие у медицинского работника гражданства Российской Федерации;

2) трудовой договор (срочный трудовой договор, заключенный на срок не менее 1 года) заключен по основному месту работы с Учреждением здравоохранения после вступления в силу настоящего Порядка;

3) трудовая деятельность осуществляется на условиях продолжительности рабочего времени, установленной законодательством для данной категории работников, не менее чем на одну ставку и установленный испытательный срок истек.

4) наличие документов, подтверждающих транспортные расходы.

4. Выплата Частичной компенсации, предусмотренной пунктом 2 настоящего Порядка, носит заявительный характер.

5. Условием предоставления Частичной компенсации медицинским работникам является их обязанность осуществить трудовую деятельность в Учреждении здравоохранения не менее одного года с момента заключения трудового договора. В случае расторжения трудового договора в течение одного года Частичная компенсация подлежит возврату в порядке и размере фактически выплаченной суммы.

6. Финансирование расходов, связанных с Частичной компенсацией, 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 Частичной компенсацией

7. Для рассмотрения вопроса о предоставлении Частичной компенсации медицинский работник представляет руководителю Учреждения здравоохранения (далее – Работодатель) следующие документы:

1) заявление медицинского работника по установленной форме согласно Приложению 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) документы, подтверждающие понесенные расходы;

5) документы, подтверждающие банковские реквизиты для перечисления денежных средств на лицевые счета в кредитных организациях;

6) копию СНИЛС.

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

1. Порядок предоставления Частичной компенсации

9. Для предоставления Частичной компенсации 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, информации о прохождении испытательного срока;

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

10. Отдел социальной поддержки населения Управления социального развития Администрации Одинцовского городского округа Московской области (далее-Отдел) в течение пяти рабочих дней со дня поступления документов, указанных в пункте 7 настоящего 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 всех внесенных изменений.

Документы, указанные в пункте 9 Порядка, находятся на ответственном хранении в Отделе в соответствии с номенклатурой дел.

11. Решение о предоставлении Частичной компенсации принимается не позднее 30 рабочих дней со дня подачи заявления Работодателем путем принятия Постановления Администрации Одинцовского городского округа Московской области.

12. Перечисление денежных средств медицинскому работнику производится Управлением бухгалтерского учета и отчетности Администрации в безналичной форме путем перечисления на лицевой счет в кредитной организации.

1. Отказ в предоставлении Частичной компенсации медицинским работникам

13. Основанием для отказа в предоставлении Частичной компенсации является:

1) несоответствие медицинского работника требованиям, указанным в пунктах 2 и 3 настоящего Порядка;

2) выявления в представленных медицинским работником документах недостоверных сведений или неполной информации, влияющих на предоставление Частичной компенсации;

3) предоставление не заверенных подписью и печатью Работодателя документов, согласно требованиям подпункта 3 пункта 9 настоящего Порядка.

VI. Ответственность за достоверность представленных сведений и документов

14. Учреждение здравоохранения несет ответственность за достоверность предоставляемых документов и сведений в части, касающейся трудовых отношений с медицинским работником.

15. Медицинский работник несет ответственность за достоверность предоставляемых сведений и документов.

16. 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 предоставить мне частичную компенсацию транспортных расходов на междугородний транспорт, связанных с переездом к месту работы в Учреждение здравоохранения в сумме

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

перечислить на мой лицевой счет

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. | Документы, подтверждающие понесенные расходы |  |
| 5. | Копия СНИЛС |  |

С Порядком предоставления медицинским работникам частичной компенсации транспортных расходов на междугородний транспорт, связанных с переездом к месту работы в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи» и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Одинцовская областная больница» из другого субъекта Российской Федерации (кроме города федерального значения Москвы) ознакомлен.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_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 Московской области своих персональных данных, в том числе в автоматизированном режиме, в целях предоставления мне частичной компенсации транспортных расходов на междугородний транспорт, связанных с переездом к месту работы в Учреждение здравоохранения.

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 частичной компенсации транспортных расходов.

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 частичной компенсации транспортных расходов. 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 № 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 предоставить частичную компенсацию транспортных расходов на междугородний транспорт, связанных с переездом к месту работы в Учреждение здравоохранения, следующим медицинским 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