



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

### П Р И К А З

*28 апреля 2021*

г. Барнаул

№ 179

О реализации постановления Правительства Алтайского края от 26.02.2021 № 52 «О предоставлении в 2021 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тыс. человек»

Во исполнение постановления Правительства Алтайского края от 26.02.2021 № 52 «О предоставлении в 2021 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тыс. человек» приказываю:

1. Утвердить состав комиссии о принятии решения о предоставлении единовременных компенсационных выплат (приложение 1).

2. Главным врачам краевых государственных медицинских организаций:

информировать медицинских работников в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тыс. человек о порядке подачи заявления (приложение 2) на получение в 2021 году единовременной компенсационной выплаты (далее – «выплата»);

в срок до 20-го числа месяца, предшествующего месяцу, в котором осуществляется выплата, представлять в Министерство здравоохранения Алтайского края (далее – «Министерство») заявку (приложение 3);

заключить с медицинскими работниками договоры о предоставлении выплаты в срок не более 10 рабочих дней со дня получения решения Министерства о ее предоставлении (приложение 4);

в течение 3 рабочих дней со дня заключения договора о предоставлении выплаты представить договор в Министерство;

в течение 10 рабочих дней после поступления выплаты на счет медицинской организации перечислить ее на счет медицинского работника;

в случае прекращения трудового договора с медицинским работником в течение 3 рабочих дней письменно уведомлять об этом Министерство.

3. Начальнику отдела по вопросам государственной службы и кадров Коростелевой Т.М. обеспечить составление сводной заявки на получение субсидии из федерального бюджета на выплаты и ее передачу в электронном виде и на бумажном носителе в планово-финансовый отдел Министерства ежемесячно.

4. Начальнику планово-финансового отдела Харламовой О.М. в течение 30 рабочих дней со дня поступления заявки на получение выплаты перечислить денежные средства медицинской организации на основании соглашения о предоставлении субсидии на иные цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Алтайского края от 07 июля 2020 года № 293 «О реализации постановления Правительства Алтайского края от 18.03.2020 № 119 «О предоставлении в 2020 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, либо городах с населением до 50 тыс. человек».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Алтайского края Гордеева К.В.

Министр



Д.В. Попов

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕН  
приказом Министерства здраво-  
охранения Алтайского края  
от 28.04 2021 № 179

## СОСТАВ

комиссии о принятии решения о предоставлении единовременных  
компенсационных выплат

Гордеев Константин Васильевич	, заместитель министра здравоохранения Алтайского края, председатель;
Лещенко Владимир Алексеевич	заместитель министра здравоохранения Алтайского края, заместитель председателя:
Касачева Ольга Викторовна	главный специалист отдела по вопросам государственной службы и кадров, секретарь;
Коростелева Тамара Михайловна	начальник отдела по вопросам государственной службы и кадров;
Подзорова Лариса Владимировна	начальник юридического отдела;
Харламова Ольга Михайловна	начальник планово-финансового отдела.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2  
к приказу Министерства здравоохранения Алтайского края  
от 28.04.2021 № 129

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ  
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Министру здравоохранения  
Алтайского края  
Д.В. Попову

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

(ФИО, должность, структурное  
подразделение, наименование медицинской  
организации)

заявление  
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Я, \_\_\_\_\_,  
(в случае изменения фамилии, указать прежнюю фамилию)  
дата рождения \_\_\_\_\_;  
(паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
дата выдачи \_\_\_\_\_);  
сведения об образовании: диплом \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
дата выдачи \_\_\_\_\_;  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
адрес по месту регистрации: \_\_\_\_\_,  
телефон \_\_\_\_\_;  
электронный адрес: \_\_\_\_\_;  
дата заключения трудового договора \_\_\_\_\_;  
прошу осуществить единовременную денежную выплату путем перечисления на  
счет \_\_\_\_\_,  
(наименование кредитной организации)  
номер счета \_\_\_\_\_.

Дата

ПОДПИСЬ

К заявлению прилагаются заверенные копии:  
документа, удостоверяющего личность,  
трудового договора и трудовой книжки или справки, содержащей сведения о трудовой деятельности в соответствии со статьей 66.1  
Трудового кодекса Российской Федерации;  
документа о высшем образовании в сфере здравоохранения; документа об окончании интернатуры или ординатуры (клинической  
ординатуры) и сертификат специалиста либо документа об аккредитации специалиста (для врачей);  
документа о среднем профессиональном образовании в сфере здравоохранения; сертификата специалиста (для фельдшеров);  
справка об отсутствии финансовых обязательств по договору о целевом обучении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3  
к приказу Министерства здраво-  
охранения Алтайского края  
от 28.04. 2021 № 189

**ЗАЯВКА**  
на получение субсидии из федерального бюджета на единовременные компенсационные выплаты  
медицинским работникам в сумме \_\_\_\_\_ тыс. рублей в количестве \_\_\_\_\_ чел. согласно сведениям,  
на \_\_\_\_\_ 2021 года  
Алтайский край

№ п/п	Фамилия, инициалы медицинского работника	Дата, месяц, год рождения	Год окончания образовательной организации высшего профессионального образования	Наименование медицинской организации, с которой медицинским работником заключен трудовой договор	Наименование населенного пункта, в котором расположена медицинская организация, код ОКТМО	Дата заключения трудового договора с медицинской организацией

Главный врач медицинской организации

\_\_\_\_\_/ФИО (при наличии)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Исполнитель (телефон)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4  
к приказу Министерства здравоохранения Алтайского края  
от 28.04.2021 № 179

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА  
ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты  
медицинскому работнику, прибывшему (переехавшему) на работу в сельский  
населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа,  
либо город с населением до 50 тыс. человек

г. Барнаул «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«\_\_\_\_\_»

далее «Медицинская организация», в лице главного врача  
\_\_\_\_\_,  
действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО)  
дата рождения \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный

\_\_\_\_\_  
(кем)  
дата выдачи \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
именуемый(ая) в дальнейшем «Медицинский работник», с другой стороны,  
вместе именуемые «Стороны», в соответствии с постановлением  
Правительства Алтайского края от 26.02.2021 № 52 заключили настоящий  
договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Медицинский работник, не  
имеющий неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом  
обучении, прибывший (переехавший) на работу в сельский населенный  
пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, либо город с  
населением до 50 тыс. человек, обязуется исполнять трудовые обязанности в  
течение пяти лет со дня заключения договора на должности

\_\_\_\_\_  
(наименование должности)  
включенной в программный реестр должностей, и в соответствии  
с трудовым договором, заключенным с Медицинской организацией, в связи с

чем Медицинская организация обязуется предоставить ему единовременную компенсационную выплату в размере \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ рублей (далее – «выплата»).

(одного миллиона рублей/полутора миллиона рублей/пятиста тысяч рублей/семьсот пятидесяти тысяч рублей, сумма прописью)

1.2. Трудовая деятельность осуществляется Медицинским работником по основному месту на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации.

1.3. Право на получение выплаты предоставляется Медицинскому работнику однократно за весь период трудовой деятельности.

## 2. Обязанности Сторон

2.1. Медицинский работник обязуется:

2.1.1. исполнять трудовые обязанности в течение пяти лет со дня заключения договора на должности \_\_\_\_\_,

(наименование должности)

включенной в программный реестр должностей, и в соответствии с трудовым договором, заключенным с Медицинской организацией;

2.1.2. продлевать договор на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

2.1.3. возратить в течение 30 календарных дней в краевой бюджет часть выплаты, рассчитанную пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора с указанной организацией до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части 1 статьи 77, пунктами 5 – 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам;

2.1.4. возратить в течение 30 календарных дней в краевой бюджет часть выплаты, рассчитанную пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия договора на период неисполнения функциональных обязанностей (по выбору медицинского работника).

2.2. Заключив настоящий договор, Медицинский работник тем самым дает своё согласие на обработку его персональных данных в информационных системах Медицинской организации, Министерства здравоохранения Алтайского края и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.3. Медицинская организация обязуется:

2.3.1. выплатить выплату Медицинскому работнику в течение 10 рабочих дней после ее поступления на счет Медицинской организации в размере \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ рублей

(одного миллиона рублей/полутора миллиона рублей/пятиста тысяч рублей/семьсот пятидесяти тысяч рублей, сумма прописью)

путем перечисления денежных средств на его счет по следующим реквизитам: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;

2.3.2. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Медицинского работника при их обработке;

2.3.3 в случае невозврата денежных средств Медицинским работником в добровольном порядке в сроки, установленные пунктами 2.1.3 и 2.1.4 настоящего договора, истребовать в судебном порядке полученные средства в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### 3. Ответственность Сторон

3.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2. В случае просрочки исполнения обязательства по возврату части выплаты, предусмотренного подпунктами 2.1.3 и 2.1.4 настоящего договора, Медицинский работник уплачивает проценты за пользование чужими денежными средствами в соответствии со ст. 395 Гражданского кодекса Российской Федерации.

### 4. Срок действия договора

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения ими своих обязательств.

4.2. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

4.3. В случае обнаружения Медицинской организацией недостоверных сведений, представленных Медицинским работником, настоящий договор подлежит расторжению в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым со дня, следующего за днем направления Медицинской организацией уведомления о расторжении договора.

4.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на, то представителями Сторон.

### 5. Заключительные положения



5.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего договора находится в Медицинской организации, другой – у Медицинского работника.

5.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящим договором.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, чрезвычайных и непредотвратимых, не зависящих от воли Сторон.

5.4. Все дополнительные соглашения Сторон к настоящему договору, подписываемые при исполнении настоящего договора, являются его неотъемлемой частью.

5.5. Отношения Сторон, неурегулированные настоящим договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

## 6. Подписи Сторон

Медицинская организация

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

Медицинский работник

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

Главный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (ФИО)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(фамилия инициалы) (подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ 5  
к приказу Министерства здраво-  
охранения Алтайского края  
от 28.04. 2021 № 129

**Согласие**  
на обработку персональных данных медицинского работника

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью)

при подаче заявления для получения единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2021 году, на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек в Министерство здравоохранения Алтайского края (далее - Оператор), находящееся по адресу: 656031, Алтайский край, г. Барнаул, пр-т Красноармейский, д. 95а, своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку моих персональных данных Оператором в целях формирования заявок для осуществления единовременной компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передачи третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных, входящих в следующий перечень общедоступных сведений:

1. фамилия, имя, отчество.
2. номер телефона и адрес электронной почты.
3. сведения о профессии, должности, образовании.
4. иные сведения, специально предоставленные мной для формирования заявок для осуществления компенсационной выплаты, включая выполнения действия по сбору, систематизации.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных предоставлено с учетом пункта 2 статьи 6 и пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которыми обработка персональных данных может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись/(ФИО)