ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к постановлению администрации
муниципального образования
городской округ город Армавир
Краснодарского края
от _28.04.2026__№_822

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

УТВЕРЖДЕН
постановлением администрации
муниципального образования
городской округ город Армавир
Краснодарского края
от 5 апреля 2024 года №640
(в редакции постановления
администрации муниципального
образования город Армавир)
от _28.04.2026_ № 822_)

ПОРЯДОК
предоставления дополнительных мер социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия и предоставлении доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам, работающих в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенных на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края

1. Общие положения

1.1. Настоящий порядок предоставления дополнительных мер социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия и предоставления доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам, работающих в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенных на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края (далее – Учреждение МЗ КК), разработан в соответствии с Федеральным законом от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на основании решения Армавирской городской Думы от 21 декабря 2023 года № 501 «О реализации

права на финансовое обеспечение дополнительных мер социальной поддержки медицинским работникам государственных бюджетных учреждений здравоохранения Краснодарского края расположенных на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края» в целях обеспечения бесперебойного оказания медицинской помощи населению муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края в целях снижения дефицита медицинских кадров, оказания мер социальной поддержки медицинским работникам.

1.2. Право на получение дополнительных мер социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия и предоставления доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам, работающим в Учреждениях МЗ КК имеет гражданин Российской Федерации, занимающий должность врача-специалиста, акушера (акушерки), фельдшера, фельдшера скорой медицинской помощи (далее – медицинские работники).

1.3. Решение о предоставлении дополнительных мер социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия и предоставления доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам, работающим в Учреждениях МЗ КК принимается комиссией по предоставлению дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия и предоставления доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам, работающим в Учреждениях МЗ КК, расположенных на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края (далее - Комиссия).

1.4. Дополнительная мера социальной поддержки в виде предоставления доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам, работающим в Учреждениях МЗ КК, предоставляется при условии наличия аналогичной меры поддержки медицинским работникам в Учреждениях МЗ КК, соответствующих требованиям данного Порядка.

1.5. Дополнительные меры социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия и предоставления доплаты за найм жилых помещений предоставляются медицинским работникам, работающим в Учреждениях МЗ КК, осуществляющим свою деятельность по специальностям, укомплектованность физическими лицами которых в учреждении менее 60 %.

1.6. Предоставление дополнительных мер социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия и предоставления доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам Учреждений МЗ КК, прибывшим на работу в муниципальное образование городской округ город Армавир Краснодарского края из других районов Краснодарского края и регионов Российской Федерации, не имеющих постоянного места жительства на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края, осуществляется при соблюдении следующих условий:

1) заключение медицинским работником трудового договора с Учреждением МЗ КК, являющимся для него основным местом работы, не менее чем на 1,0 ставку;

2) наличие гражданства Российской Федерации;

3) право на получение дополнительной меры социальной поддержки не реализовано медицинским работником ранее в муниципальном образовании город Армавир;

1.7. Финансирование осуществляются в пределах средств, предусмотренных в местном бюджете на реализацию муниципальной программой «Социальная поддержка отдельных категорий граждан, проживающих на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края».

1.8. Размер дополнительной поддержки в виде единовременного денежного пособия медицинским работникам Учреждений МЗ КК составляет 200 000 (двести тысяч) рублей.

1.9. Размер доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам предоставляется ежемесячно с 1 числа месяца, в котором было подано заявление на предоставление доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам, но не ранее даты заключения договора найма жилых помещений и составляет не более 10 000 (десяти тысяч) рублей в месяц.

1.9.1. Объектом договора найма жилого помещения может быть изолированное жилое помещение, пригодное для постоянного проживания, в виде отдельной квартиры, жилого дома, части квартиры или жилого дома, благоустроенное и отвечающее санитарным и техническим нормам.

1.9.2. Наймодателем жилого помещения может выступать любое физическое или юридическое лицо, являющееся собственником жилого помещения.

2. Порядок предоставления дополнительной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия медицинским работникам

2.1. С целью получения дополнительной меры социальной поддержки медицинский работник предоставляет в сектор по социальной политике администрации муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края (далее - Сектор) заявление о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку (далее - заявление), путем личного обращения в Сектор по адресу: Российская Федерация, Краснодарский край, город Армавир, ул. Комсомольская, 94.

2.2. К заявлению прилагаются следующие документы:

1) копия паспорта гражданина Российской Федерации;

2) копия трудовой книжки, заверенная Учреждением МЗ КК;

3) копия трудового договора, заверенная Учреждением МЗ КК;

4) информация о наименовании, реквизитах банка или иной кредитной организации, номере банковского счета или счета в иной кредитной организации, открытого на имя заявителя;

5) соглашение о предоставлении мер социальной поддержки (далее - Соглашение) в трех экземплярах, заключаемое между администрацией,

заявителем и Учреждением МЗ КК в лице главного врача по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку. Соглашение подписывается заявителем и Учреждением МЗ КК после заключения трудового договора заявителя с Учреждением МЗ КК. Администрация подписывает Соглашение при принятии решения о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки. Соглашение предусматривает обязательное условие о последующей работе заявителя в Учреждении МЗ КК в течение пяти лет с даты заключения Соглашения (в указанный период не засчитывается период нахождения заявителя в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет);

6) копия документа, подтверждающего смену фамилии (имени, отчества) заявителя – в случае несоответствия фамилии (имени, отчества), указанных в документе, удостоверяющем личность, иным документам, указанным в подпунктах 2, 3 настоящего пункта;

7) копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации;

8) копия документа, подтверждающего регистрацию в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

9) ходатайство Учреждения МЗ КК на имя заместителя главы муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края, курирующего вопросы социального развития, о предоставлении доплаты медицинскому работнику;

10) адресная справка из Отдела по вопросам миграции ОМВД России по городу Армавиру.

Ответственность за достоверность сведений, содержащихся в заявлении и документах, прилагаемых к заявлению, несет заявитель.

2.3. Требования к документам:

1) документы должны иметь печати (если они предусмотрены), подписи уполномоченных должностных лиц государственных органов, органов местного самоуправления муниципальных образований или должностных лиц организаций, индивидуальных предпринимателей, выдавших данные документы или удостоверивших подлинность их копий;

2) тексты документов должны быть написаны разборчиво;

3) документы не должны иметь подчисток, приписок, зачеркнутых слов и не оговоренных в них исправлений;

4) документы не должны быть исполнены карандашом;

5) документы не должны иметь повреждений, несоответствий (разночтений), наличие которых не позволяет однозначно истолковать их содержание.

2.4. Администрация муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края в лице Сектора:

1) осуществляет прием и регистрацию заявлений медицинских работников о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в журнале учета и регистрации заявлений медицинских работников, работающих в государственных учреждениях здравоохранения

Краснодарского края на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края и проживающих на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края, в день поступления, по форме согласно приложению 1 к Порядку;

2) в течение 5 рабочих дней со дня регистрации заявления о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки полноту и достоверность предоставленных документов в пункте 2.2 раздела 2 Порядка;

3) заявление и документы, представленные заявителями, направляются для рассмотрения на заседании Комиссии.

2.5. Комиссия в течение 20 рабочих дней со дня поступления заявления и документов:

1) рассматривает документы на наличие или отсутствие оснований для отказа в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки, предусмотренных пунктом 2.6 раздела 2 Порядка;

2) уведомляет заявителя о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки либо об отказе в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки (далее - уведомление) одним из способов, указанным заявителем в заявлении.

3) решение Комиссией оформляется в форме протокола.

2.6. Основанием для отказа в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки являются:

1) непредоставление или предоставление не в полном объеме документов, установленных пунктом 2 раздела 2 настоящего Порядка, обязанность по предоставлению которых возложена на заявителя;

2) несоответствие документов, обязанность по предоставлению которых возложена на заявителя, требованиям, установленным пунктом 3 раздела 2 настоящего Порядка;

3) расторжение (прекращение) трудового договора (контракта), заключенного с медицинским учреждением;

4) отсутствие финансирования из средств местного бюджета на реализацию дополнительных мер социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия медицинским работникам, работающих в Учреждениях МЗ КК.

2.7. В случае отказа в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки Сектор в течение 5 рабочих дней направляет ответ заявителю с указанием причины отказа.

2.8. Отказ в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки не является препятствием для повторной подачи заявления, если причины для отказа будут устранены.

2.9. Предоставление дополнительной меры социальной поддержки заявителю оформляется распоряжением администрации на основании решения Комиссии.

2.10. Перечисление дополнительной меры социальной поддержки осуществляется МКУ «Централизованная бухгалтерия администрации города

Армавира» на счет, указанный в заявлении, не позднее 20 рабочих дней со дня принятия распоряжения администрации.

2.11. Заявитель вправе отказаться от предоставления дополнительной меры социальной поддержки путем подачи соответствующего заявления в произвольной форме в администрацию до момента перечисления заявителю дополнительной меры социальной поддержки.

2.12. В случае расторжения заявителем трудового договора с Учреждением МЗ КК до истечения 5 лет, с даты заключения Соглашения, заявитель обязан до даты последнего рабочего дня (включительно) вернуть полученную дополнительную меру социальной поддержки в полном объеме в местный бюджет.

2.13. Учреждение МЗ КК письменно уведомляет Сектор о расторжении трудового договора с заявителем, являющимся получателем дополнительной меры социальной поддержки, с приложением копии приказа об увольнении заявителя в его последний рабочий день.

2.14. В случае невыполнения заявителем обязанности, установленной пунктом 2.12 раздела 2 Порядка, администрация взыскивает денежные средства в объеме, предоставленной дополнительной меры социальной поддержки в судебном порядке.

2.15. Контроль за целевым использованием местных бюджетных средств, выделенных на предоставление меры социальной поддержки в соответствии с Порядком, осуществляется администрацией муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края, иными уполномоченными органами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Порядок предоставления доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам

3.1. С целью получения дополнительной меры социальной поддержки медицинский работник предоставляет в Сектор заявление о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки по форме согласно приложению 2 к Порядку (далее - заявление), путем личного обращения по адресу: Российская Федерация, Краснодарский край, город Армавир, ул. Комсомольская, 94.

3.2. К заявлению прилагаются следующие документы:

1) копия паспорта гражданина Российской Федерации;

2) копия трудовой книжки, заверенная Учреждением МЗ КК;

3) копия трудового договора, заверенная Учреждением МЗ КК;

4) информация о наименовании, реквизитах банка или иной кредитной организации, номере банковского счета или счета в иной кредитной организации, открытого на имя заявителя;

5) ходатайство Учреждения МЗ КК на имя заместителя главы муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края, курирующего вопросы социального развития, о предоставлении доплаты

медицинскому работнику;

6) копия договора найма жилого помещения;

7) выписка (сведения) из Единого государственного реестра недвижимости об отсутствии в собственности у заявителя и (или) членов его семьи жилых помещений, расположенных на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края (далее-выписка ЕГРН). Выписка ЕГРН предоставляется ежегодно.

8) копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации;

9) копия документа, подтверждающего регистрацию в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

10) адресная справка из Отдела по вопросам миграции ОМВД России по городу Армавиру;

11) справка о выплате Учреждением МЗ КК компенсации расходов по оплате найма жилых помещений отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Краснодарского края.

3.3. Требования к документам:

1) документы должны иметь печати (если они предусмотрены), подписи уполномоченных должностных лиц государственных органов, органов местного самоуправления муниципальных образований или должностных лиц организаций, индивидуальных предпринимателей, выдавших данные документы или удостоверивших подлинность их копий;

2) тексты документов должны быть написаны разборчиво;

3) документы не должны иметь подчисток, приписок, зачеркнутых слов и не оговоренных в них исправлений;

4) документы не должны быть исполнены карандашом;

5) документы не должны иметь повреждений, несоответствий (разночтений), наличие которых не позволяет однозначно истолковать их содержание.

3.4. Затраты по подготовке документов возлагаются на медицинского работника Учреждения МЗ КК, претендующего на предоставление доплаты.

3.5. Медицинский работник Учреждения МЗ КК, предоставивший документы на доплату, несет ответственность за достоверность представленных сведений и документов, установленную законодательством Российской Федерации.

3.6. Администрация муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края в лице Сектора:

1) осуществляет прием и регистрацию заявлений медицинских работников о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в журнале учета и регистрации заявлений медицинских работников, работающих в государственных учреждениях здравоохранения Краснодарского края на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края и проживающих на территории

муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края, в день поступления, по форме согласно приложению 2 к Порядку;

2) в течение 5 рабочих дней со дня регистрации заявления о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки полноту и достоверность предоставленных документов в пункте 2 раздела 3 Порядка;

3) заявление и документы, представленные заявителями, направляются для рассмотрения на заседании Комиссии.

3.7. Комиссия в течение 20 рабочих дней со дня поступления заявления и документов:

1) рассматривает документы на наличие или отсутствие оснований для отказа в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки, предусмотренных пунктом 3.8 раздела 3 настоящего Порядка;

2) уведомляет заявителя о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки либо об отказе в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки (далее - уведомление) одним из способов, указанным заявителем в заявлении.

3) оформляет решение в форме протокола.

3.8. Основанием для отказа в предоставлении доплаты за найм жилых помещений медицинскому работнику Учреждения МЗ КК является:

1) наличие у медицинского работника Учреждения МЗ КК или членов его семьи на праве собственности или по договору социального найма жилых помещений на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края;

2) получение доплаты за найм жилых помещений одним из членов семьи медицинского работника Учреждения МЗ КК;

3) работа медицинского работника Учреждения МЗ КК менее чем на одну ставку или работа в Учреждении МЗ КК является для него не основным местом работы;

4) не предоставление или предоставление не в полном объеме документов, установленных пунктом 2 раздела 3 настоящего Порядка, обязанность по предоставлению которых возложена на заявителя;

5) несоответствие документов, обязанность по предоставлению которых возложена на заявителя, требованиям, установленным пунктом 3 раздела 3 настоящего Порядка;

6) финансирование в пределах средств, предусмотренных в местном бюджете на текущий финансовый год на соответствующие цели.

3.9. В случае отказа в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки Сектор в течение 5 рабочих дней направляет ответ заявителю с указанием причины отказа.

3.10. Отказ в предоставлении дополнительной меры социальной поддержки не является препятствием для повторной подачи заявления, если причины для отказа будут устранены.

3.11. Предоставление дополнительной меры социальной поддержки заявителю оформляется распоряжением администрации на основании решения Комиссии.

3.12. Доплата медицинскому работнику выплачивается МКУ «Централизованная бухгалтерия администрации города Армавира» на счет, указанный в заявлении, не позднее 20 рабочих дней со дня принятия распоряжения администрации.

3.13. О прекращении действия права на получение выплаты медицинский работник Учреждения МЗ КК уведомляет в письменной форме Сектор не позднее 5 рабочих дней со дня утраты права на нее.

3.14. Средства, полученные заявителем, после наступления одного из случаев, указанных в подпунктах 1-5 пункта 3.8 Порядка, подлежат возврату в срок не позднее 30 календарных дней в местный бюджет.

При уклонении медицинского работника Учреждения МЗ КК от возврата средств, взыскание производится в судебном порядке.

3.15. В случае расторжения заявителем трудового договора с Учреждением МЗ КК до истечения 5 лет, с момента начала предоставления Администрацией доплаты за найм жилых помещений, заявитель обязан до даты последнего рабочего дня (включительно) вернуть полученную дополнительную меру социальной поддержки в полном объеме в местный бюджет.

3.16. Учреждение МЗ КК письменно уведомляет Сектор о расторжении трудового договора с заявителем, являющимся получателем дополнительной меры социальной поддержки, с приложением копии приказа об увольнении заявителя в его последний рабочий день.

3.17. В случае невыполнения заявителем обязанности, установленной пунктом 3.15 раздела 2 Порядка, администрация взыскивает денежные средства в объеме, предоставленной дополнительной меры социальной поддержки в судебном порядке

3.18. Контроль за целевым использованием местных бюджетных средств, выделенных на предоставление меры социальной поддержки в соответствии с Порядком, осуществляется администрацией муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края, иными уполномоченными органами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Заведующий сектором
по социальной политике
администрации муниципального
образования город Армавир С.С. Куликова

Приложение 1
к Порядку предоставления
дополнительных мер поддержки в виде
выплаты единовременного денежного
пособия и предоставления доплаты за найм
жилых помещений медицинским
работникам государственных бюджетных
учреждений здравоохранения
министерства здравоохранения
Краснодарского края, расположенных на
территории муниципального образования
город Армавир

Главе муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края
А.Ю. Харченко

от_____
_____
(ФИО)
дата рождения_____
документ, удостоверяющий личность
_____
_____
адрес: _____
_____
телефон: _____
адрес электронной почты: _____
_____

Заявление.

Прошу предоставить дополнительную меру социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия медицинским работникам государственных бюджетных учреждений здравоохранения министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенных на территории муниципального образования город Армавир.

Выплату единовременного денежного пособия прошу производить через
_____
_____
(наименование банка или иной кредитной организации, номер банковского счета, открытого на имя Заявителя)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие администрации

муниципального образования город Армавир, а также МКУ «Централизованная бухгалтерия администрации города Армавира» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных в целях предоставления дополнительной меры социальной поддержки. Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки персональных данных.

В соответствии с действующим законодательством несу ответственность за достоверность сведений, указанных в предоставленных документах.

Желаемый способ получения уведомления: «лично», почтовым отправлением, на адрес электронной почты (нужное подчеркнуть).

«___» _____ 20__ г._____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение:

1) копия паспорта гражданина Российской Федерации;

2) копия трудовой книжки, заверенная Учреждением МЗ КК;

3) копия трудового договора, заверенная Учреждением МЗ КК;

4) информация о наименовании, реквизитах банка или иной кредитной организации, номере банковского счета или счета в иной кредитной организации, открытого на имя заявителя;

5) соглашение о предоставлении мер социальной поддержки (далее - Соглашение) в трех экземплярах, заключаемое между администрацией, заявителем и Учреждением МЗ КК в лице главного врача по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку. Соглашение подписывается заявителем и Учреждением МЗ КК после заключения трудового договора заявителя с Учреждением МЗ КК. Администрация подписывает Соглашение при принятии решения о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки. Соглашение предусматривает обязательное условие о последующей работе заявителя в Учреждении МЗ КК в течение пяти лет с даты заключения Соглашения (в указанный период не засчитывается период нахождения заявителя в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет);

6) копия документа, подтверждающего смену фамилии (имени, отчества) заявителя – в случае несоответствия фамилии (имени, отчества), указанных в документе, удостоверяющем личность, иным документам, указанным в подпунктах 2, 3 настоящего пункта;

7) копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации;

8) копия документа, подтверждающего регистрацию в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

9) ходатайство Учреждения МЗ КК на имя заместителя главы муниципального образования город Армавир, курирующего вопросы социального развития, о предоставлении доплаты медицинскому работнику;

10) адресная справка из Отдела по вопросам миграции ОМВД России по городу Армавиру.

Заведующий сектором
по социальной политике
администрации муниципального
образования город Армавир С.С.Куликова

Приложение 2
к Порядку предоставления
дополнительных мер поддержки в виде
выплаты единовременного денежного
пособия и предоставления доплаты за найм
жилых помещений медицинским
работникам государственных бюджетных
учреждений здравоохранения
министерства здравоохранения
Краснодарского края, расположенных на
территории муниципального образования
город Армавир

Главе муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края
А.Ю. Харченко

от_____
_____
(ФИО полностью)
дата рождения_____
документ, удостоверяющий личность
_____
_____
адрес: _____
_____
телефон: _____
адрес электронной почты: _____
_____

Заявление.

Прошу предоставить дополнительную меру социальной поддержки в виде доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам государственных бюджетных учреждений здравоохранения министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенных на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края.

Доплату за найм жилых помещений прошу производить через

_____
_____
(наименование банка или иной кредитной организации, номер банковского счета, открытого на имя Заявителя)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое письменное согласие администрации муниципального образования город Армавир, а также МКУ «Централизованная

бухгалтерия администрации города Армавира» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных в целях предоставления дополнительной меры социальной поддержки. Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки персональных данных.

В соответствии с действующим законодательством несу ответственность за достоверность сведений, указанных в представляемых документах.

Желаемый способ получения уведомления: «лично», почтовым отправлением, на адрес электронной почты (нужное подчеркнуть).

«___» _____ 20__ г._____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение:

1) копия паспорта гражданина Российской Федерации (1 страница и страница с регистрацией);

2) копия трудовой книжки, заверенная Учреждением МЗ КК;

3) копия трудового договора, заверенная Учреждением МЗ КК;

4) информация о наименовании, реквизитах банка или иной кредитной организации, номере банковского счета или счета в иной кредитной организации, открытого на имя заявителя;

5) ходатайство Учреждения МЗ КК на имя заместителя главы муниципального образования город Армавир, курирующего вопросы социального развития, о предоставлении доплаты медицинскому работнику;

6) копия договора найма жилого помещения;

7) выписка (сведения) из Единого государственного реестра недвижимости об отсутствии в собственности у заявителя и (или) членов его семьи жилых помещений, расположенных на территории муниципального образования город Армавир (далее-выписка ЕГРН);

8) копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации;

9) копия документа, подтверждающего регистрацию в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

10) адресная справка из Отдела по вопросам миграции ОМВД России по городу Армавиру;

11) справка о выплате Учреждением МЗ КК компенсации расходов по оплате найма жилых помещений отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Краснодарского края.

Заведующий сектором
по социальной политике
администрации муниципального
образования город Армавир С.С.Куликова

Приложение 3
к Порядку предоставления
дополнительных мер поддержки в виде
выплаты единовременного денежного
пособия и предоставления доплаты за найм
жилых помещений медицинским
работникам государственных бюджетных
учреждений здравоохранения
министерства здравоохранения
Краснодарского края, расположенных на
территории муниципального образования
город Армавир

СОГЛАШЕНИЕ № ___
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

«___» _____20__ г.

Гражданин (ка)_____,
именуемый (ая) в дальнейшем «Заявитель», администрация муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края, в лице главы
_____,
действующего на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Администрация», государственное бюджетное учреждение здравоохранения
_____
министерства здравоохранения Краснодарского края, в лице главного врача
_____,
действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Работодатель», вместе именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем.

Цель соглашения.

Целью настоящего соглашения является оказание Заявителю дополнительной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия медицинским работникам государственных бюджетных учреждений здравоохранения министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенных на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края (далее – Учреждения здравоохранения МЗ КК) в рамках муниципальной программы «Социальная поддержка отдельных категорий граждан, проживающих на территории муниципального образования город Армавир» (далее - Программа).

2. Обязанность сторон.

2.1. Заявитель:

2.1.1. Ознакомлен с условиями предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия и предоставления доплаты за найм жилых помещений медицинским работникам, работающих в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенных на территории муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края, обязуется их соблюдать.

2.1.2. Обязуется проработать в Учреждении здравоохранения МЗ КК на постоянной основе на должности, по которой Заявитель был отобран для участия в Программе, не менее пяти лет с момента заключения настоящего Соглашения.

2.2. В случае расторжения Заявителем трудового договора с Учреждением здравоохранения МЗ КК до истечения 5 лет с даты заключения Соглашения, Заявитель обязан до даты последнего рабочего дня (включительно) вернуть полученную дополнительную меру социальной поддержки в полном объеме в местный бюджет.

2.3. Работодатель:

2.3.1. Осуществляет контроль за выполнением Заявителем условий настоящего Соглашения, а также выявляет случаи смерти, полной либо частичной утраты трудоспособности Заявителя.

2.3.2. Учреждение здравоохранения МЗ КК письменно уведомляет Администрацию о расторжении трудового договора с Заявителем, с приложением копии приказа об его увольнении в последний рабочий день.

2.4. Администрация:

2.4.1. Осуществляет перечисление дополнительной меры социальной поддержки на счет, указанный в заявлении, не позднее 20 рабочих дней со дня принятия распоряжения администрации муниципального образования город Армавир по предоставлению дополнительной меры социальной поддержки в виде выплаты единовременного денежного пособия.

2.4.2. В случае невыполнения Заявителем обязанности, установленной пунктом 2.2. Соглашения Администрация взыскивает денежные средства в объеме предоставленной дополнительной меры социальной поддержки в судебном порядке.

3. Ответственность сторон.

3.1. В случае нарушения положений настоящего Соглашения Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Соглашению, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после

заключения настоящего Соглашения, которые Стороны не могли предвидеть, предотвратить разумными мерами.

3.3. Если одна из Сторон окажется не в состоянии выполнить принятые на себя обязательства по настоящему Соглашению вследствие наступления обстоятельств непреодолимой силы в течение определенного времени, срок исполнения данных обязательств переносится на срок действия обстоятельств непреодолимой силы.

4. Изменение и расторжение Соглашения.

4.1. В случае неисполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Соглашению настоящее Соглашение может быть расторгнуто с предварительным уведомлением Сторон.

4.2. Настоящее Соглашение может быть изменено либо дополнено по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения оформляются письменно и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

5. Заключительные положения.

5.1. Настоящее Соглашение составлено в 3 (трех) подлинных экземплярах по одному для каждой из Сторон. Все экземпляры имеют равную юридическую силу.

5.2. Настоящее Соглашение вступает в силу со дня его подписания и действует в течение 5 лет со дня его подписания.

6. Подписи сторон.

Администрация	Работодатель	Заявитель
Глава муниципального образования городской округ город Армавир Краснодарского края _____ подпись А.Ю. Харченко МП	Главный врач Учреждения здравоохранения МЗ КК _____ подпись ФИО МП	Ф.И.О. _____ подпись ФИО

Заведующий сектором
по социальной политике
администрации муниципального
образования город Армавир С.С.Куликова