ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к постановлению администрации
муниципального образования
городской округ город Армавир
Краснодарского края
от _06.08.2026____№_1617____

«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 _06.08.2026_____ №
_1617____)

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)

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)

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 2
к постановлению администрации
муниципального образования
городской округ город Армавир
Краснодарского края
от _____№_____

Приложение 4
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

СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,_____
_____
Ф.И.О.
_____, паспорт _____№ _____
дата рождения *серия* *номер*
выдан _____
_____
кем выдан и дата выдачи
адрес регистрации _____
_____,

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.

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

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