

**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И РАЗВИТИЯ КАДРОВОГО**

**ПОТЕНЦИАЛА КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

**ПРИКАЗ**

|  |
| --- |
| [Дата регистрации] № [Номер документа] |

г. Петропавловск-Камчатский

|  |
| --- |
| **О внесении изменений в приложение к приказу Министерства труда и развития кадрового потенциала Камчатского края от 20.12.2022 № 450 «Об утверждении порядка предоставления дополнительных мер поддержки в виде профессионального обучения и дополнительного профессионального образования, предоставляемых отдельным категориям в связи с проведением специальной военной операции»** |

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приложение к приказу Министерства труда и развития кадрового потенциала Камчатского края от 20.12.2022 № 450 «Об утверждении порядка предоставления дополнительных мер поддержки в виде профессионального обучения и дополнительного профессионального образования, предоставляемых отдельным категориям в связи с проведением специальной военной операции» изменения согласно приложению к настоящему постановлению.
2. Настоящий приказ вступает в силу после дня его официального опубликования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министр | [горизонтальный штамп подписи 1] | Н.Б. Ниценко |

Приложение

к приказу Министерства труда и развития кадрового потенциала Камчатского края

от [Номер документа] № [Дата регистрации]

Изменения в приложение к приказу Министерства труда и развития кадрового потенциала Камчатского края от 20.12.2022 № 450 «Об утверждении порядка предоставления дополнительных мер поддержки в виде профессионального обучения и дополнительного профессионального образования, предоставляемых отдельным категориям в связи с проведением специальной военной операции»

1. Абзац первый части 1 изложить в следующей редакции:

«1. Настоящий порядок устанавливает правила предоставления дополнительных мер поддержки в виде профессионального обучения и дополнительного профессионального образования и дополнительных мер поддержки в виде медицинского освидетельствования (осмотра, обследования) при направлении Центром занятости населения для прохождения профессионального обучения или получения дополнительного профессионального образования (далее – дополнительные меры поддержки в виде медицинского освидетельствования (осмотра, обследования)) в целях сохранения занятости, содействия в трудоустройстве или открытия собственного дела (далее – меры поддержки) следующим категориям граждан:»;

1. абзац первый части 4 изложить в следующей редакции: «4. В целях предоставления мер поддержки в виде профессионального обучения и дополнительного профессионального образования член семьи военнослужащего, участник специальной военной операции (его законный представитель либо представитель, действующий по доверенности) предоставляет в Центр занятости населения по месту жительства или месту пребывания в Камчатском крае письменное заявление о предоставлении дополнительных мер поддержки в виде профессионального обучения и дополнительного профессионального образования, по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку и подлинники и (или) надлежащим образом заверенные копии следующих документов:»;
2. дополнить частью 4.1 следующего содержания: «4.1 В целях предоставления меры поддержки в виде медицинского освидетельствования (осмотра, обследования) при направлении Центра занятости населения для прохождения профессионального обучения или получения дополнительного профессионального образования, член семьи военнослужащего, участник специальной военной операции (его законный представитель либо представитель, действующий по доверенности) предоставляет в Центр занятости населения письменное заявление о предоставлении дополнительных мер поддержки в виде медицинского освидетельствования (осмотра, обследования), по форме согласно приложению 2 и подлинники и (или) надлежащим образом заверенные копии следующих документов:

а) квитанции об оплате медицинского освидетельствования (осмотра, обследования);

б) договор, заключенный с медицинской организацией на оказание платных медицинских услуг;

в) справка о прохождении медицинского освидетельствования;

г) медицинское заключение по результатам медицинского освидетельствования (осмотра, обследования) медицинской организацией.»;

1. в части 5 слова «в части 4» заменить словами «в частях 4, 4.1»;
2. в части 6 слова «в части 4» заменить словами «в частях 4, 4.1»;
3. в пункте 2 части 7 слова «в части 4» заменить словами «в частях 4, 4.1»
4. в части 8 после слов «мер поддержки» дополнить словами «в виде профессионального обучения или дополнительного профессионального образования»
5. дополнить частью 8.1 следующего содержания: «В случае принятия решения о предоставлении дополнительных мер поддержки в виде медицинского освидетельствования (осмотра, обследования) Центр занятости населения в течение 10 банковских дней перечисляет бюджетные средства участнику специальной военной операции или члену семьи военнослужащего отдельным платежным документом на лицевой счет гражданина на основании документов, указанных в части 4.1 настоящего Порядка.»;
6. часть 10 изложить в следующей редакции:

«10. Член семьи военнослужащего, участник специального военной операции, который не приступил к обучению в срок, указанный в договоре, отказался приступить к обучению либо не освоил обучение, обязан вернуть полную стоимость образовательной услуги и средства, перечисленные ему Центром занятости населения в виде компенсации расходов на медицинское освидетельствование, в краевой бюджет в соответствии с условиями договора о направлении на профессиональное обучение или дополнительное профессиональное образование»;

1. в части 11 слова «частью 4 Положения о реализации мероприятий по организации профессионального обучения и дополнительного профессионального образования отдельных категорий граждан на период до 2024 года, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 27.05.2021 № 800 «О реализации мероприятий по организации профессионального обучения и дополнительного профессионального образования отдельных категорий граждан на период до 2024 года» заменить словами «частью 2 Положения о реализации мероприятий по организации профессионального обучения и дополнительного профессионального образования отдельных категорий граждан, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21.02.2024 № 201 «Об утверждении Положения о реализации мероприятий по организации профессионального обучения и дополнительного профессионального образования отдельных категорий граждан»;
2. в угловом реквизите приложения после слова «Приложение» дополнить цифрой «1»;
3. дополнить приложением 2 согласно приложению к настоящим изменениям.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение  к изменениям в приложение к приказу Министерства труда и развития кадрового потенциала Камчатского края от 20 декабря 2022 г. № 450 «Об утверждении порядка предоставления дополнительных мер поддержки в виде профессионального обучения и дополнительного профессионального образования, предоставляемых отдельным категориям граждан в связи с проведением специальной военной операции»  «Приложение 2  к Порядку предоставления дополнительных мер поддержки в виде профессионального обучения и дополнительного профессионального образования предоставляемых отдельным категориям граждан в связи с проведением специальной военной операции  ФОРМА |

Директору

краевого государственного казенного учреждения

«Центр занятости населения Камчатского края»

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

(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии)

обращающегося лица в родительном падеже)

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

(указывается место проживания/пребывания

обращающегося лица)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении дополнительных мер поддержки в виде бесплатного медицинского освидетельствования (осмотр, обследования)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) обращающегося лица)

являюсь (подчеркнуть нужное):

а) военнослужащим (добровольцем) – участником специальной военной операции;

б) членом семьи военнослужащего – участника специальной военной операции

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) военнослужащего)

Прошу возместить стоимость медицинского освидетельствования, пройденного при направлении КГКУ ЦЗН Камчатского края для прохождения профессионального обучения или получения дополнительного профессионального образования (нужное подчеркнуть) в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

Лечебное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направлен (а) по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учебное заведение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сроки обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Денежные средства прошу перечислить на мой счет по следующим реквизитам:

Банк получателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер счёта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение:

1.

2.

3.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(ФИО)

Документы сверены, сумму подтверждаю \_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста (расшифровка подписи)

Центра занятости населения) ».