Приложение 1 к приказу

Министерства здравоохранения

Камчатского края

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| от | [REGDATESTAMP] | № | [REGNUMSTAMP] |

ФОРМА

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование Медицинской организации)  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии)  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ года  М.П. | Министерство здравоохранения  Камчатского края  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от Медицинского работника  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность Медицинского работника)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование Медицинской организации)  проживающего(ей) по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

o предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому работнику

в 2024 году в Камчатском крае

Прошу предоставить единовременную денежную выплату в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и заключить Договор о предоставлении

(0,2/0,3/0,5 млн. руб.)

## единовременной денежной выплаты медицинскому работнику в 2024 году в Камчатском крае.

С Порядком предоставления единовременной денежной выплаты, предусмотренным постановлением Правительства Камчатского края от 16.08.2013 № 363-П «Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления единовременных денежных выплат медицинским работникам в 2024 году в Камчатском крае», ознакомлен(а) и согласен(на).

Приложение: на л.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. / /

(подпись, расшифровка подписи)

Приложение 2 к приказу

Министерства здравоохранения

Камчатского края

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| от | [REGDATESTAMP] | № | [REGNUMSTAMP] |

## ФОРМА

ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_

о предоставлении единовременной денежной выплаты медицинскому

работнику в 2024 году в Камчатском крае

Петропавловск-Камчатский «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Министерство здравоохранения Камчатского края, именуемое в дальнейшем «Министерство», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

действующего основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(положения или приказа)

с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранения «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», именуемое в

(наименование Медицинской организации)

дальнейшем «Медицинская организация», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (устава или приказа)

со второй стороны, и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (гражданство, должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

именуемый в дальнейшем «Медицинский работник», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», в соответствии с Положением о порядке и условиях предоставления единовременных денежных выплат медицинским работникам в 2024 году в Камчатском крае, утвержденным постановлением Правительства Камчатского края от 16.08.2013 № 363-П (далее – Положение), заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**

1. Предметом настоящего Договора является предоставление единовременной денежной выплаты в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ млн. рублей (далее – выплата)

(0,2/0,3/0,5 млн. рублей)

Медицинскому работнику, прибывшему (переехавшему) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_году на

(2021-2024 гг)

территорию Камчатского края в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (наименование населенного пункта)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(из другого субъекта РФ, государства, после окончания образовательной организации)

с целью заключения трудового договора (эффективного контракта) с Медицинской организацией на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

1. **Права и обязанности Сторон**

2. Медицинский работник обязан:

1) предоставить в Министерство достоверные сведения и документы в соответствии с Положением в целях получения выплаты и заключения настоящего Договора;

2) исполнять трудовые обязанности в Медицинской организации в течение трех лет, на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленного в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации;

3) продлить срок действия настоящего Договора на период неисполнения трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного [статьями 106](consultantplus://offline/ref=366274A5EAA2F93F60CE6211760E1E06F7DEC252ECD14C05CEEB5079965C203F0A5CF5692855F72F08FF41EA0E7EAAC1FE89AA40F9380C3ADB63D) и [107](consultantplus://offline/ref=366274A5EAA2F93F60CE6211760E1E06F7DEC252ECD14C05CEEB5079965C203F0A5CF5692855F72F0EFF41EA0E7EAAC1FE89AA40F9380C3ADB63D) Трудового кодекса Российской Федерации);

4) возвратить в доход краевого бюджета в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора (эффективного контракта) часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения трехлетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным [пунктом 8 части первой статьи 77](consultantplus://offline/ref=D48D74AAA5BE56C20277CA37991936AE172BB719FB3FAF9FFAA3C7E92D7423F4435F942BA65C48066F6F168515C4ACA45F26CF7098i1xEF), [пунктами 5](consultantplus://offline/ref=D48D74AAA5BE56C20277CA37991936AE172BB719FB3FAF9FFAA3C7E92D7423F4435F942AAF5E48066F6F168515C4ACA45F26CF7098i1xEF)–[7 части первой статьи 83](consultantplus://offline/ref=D48D74AAA5BE56C20277CA37991936AE172BB719FB3FAF9FFAA3C7E92D7423F4435F942EAE5845503B2017D95196BFA55826CC70841D7A99iFx4F) Трудового кодекса Российской Федерации);

5) возвратить в доход краевого бюджета в течение 30 календарных дней со дня прекращения трудового договора (эффективного контракта) часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения трехлетнего срока, в случае увольнения в связи с призывом на военную службу (в соответствии с [пунктом 1 части первой статьи 83](consultantplus://offline/ref=E2FCDE79E6A8823B2102DACC9056591CFF13580CD9AF59EE9194A92494D7E31464AA534A96FB1AC6729ABA61C2D1BFCA48E578770021D68DEBx9F) Трудового кодекса Российской Федерации) или продлить срок действия настоящего Договора на период неисполнения трудовой функции (по выбору медицинского работника);

6) возвратить в доход краевого бюджета выплату в полном объеме не позднее 20 рабочих дней со дня получения уведомления Министерства об установлении факта предоставления Медицинским работником недостоверных сведений для получения выплаты;

7) сообщить в письменной форме Министерству об изменении фамилии, имени, отчества (при наличии), паспортных данных, адреса для направления заявлений, уведомлений, извещений, требований или иных юридически значимых сообщений, а также о намерении до истечения трехлетнего срока расторгнуть трудовой договор (эффективный контракт) с Медицинской организацией по любым основаниям, предусмотренным Трудовым кодексом Российской Федерации;

8) направить в Министерство заявление о заключении дополнительного соглашения к настоящему Договору в части изменения места работы и суммирования стажа работы, копию нового трудового договора, заверенную медицинской организацией и сведения о трудовой деятельности медицинского работника, оформленные в установленном законодательством порядке и (или) копию трудовой книжки, заверенную медицинской организацией в случае прекращения (расторжения) трудового договора (эффективного контракта) с Медицинской организацией (кроме случаев расторжения трудового договора за виновные действия) и заключения нового трудового договора (эффективного контракта) с государственным учреждением здравоохранения Камчатского края, расположенным в населенных пунктах Камчатского края, согласно части 4 Положения.

Новый трудовой договор (эффективный контракт) с государственным учреждением здравоохранения Камчатского края, расположенным в населенных пунктах Камчатского края, согласно части 4 Положения, на срок не менее трех лет Медицинский работник должен заключить в течение 10 рабочих дней со дня прекращения (расторжения) трудового договора (эффективного контракта) с Медицинской организацией, а заявление о заключении дополнительного соглашения к настоящему Договору в части изменения места работы и суммирования стажа работы подать в Министерство в течение 30 рабочих дней со дня заключения нового трудового договора (эффективного контракта).

3. Медицинский работник вправе:

1) требовать своевременного предоставления выплаты;

2) получить в личном кабинете в государственной информационной системы «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере» информацию о факте назначения выплаты, а также о сроках и размере выплаты.

4. Министерство обязано:

1) осуществлять обработку и обеспечивать защиту персональных данных Медицинского работника в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2) перечислить в течение 15 рабочих дней со дня заключения настоящего Договора выплату на счет, открытый в кредитной организации, Медицинскому работнику;

3) осуществлять проверку соблюдения Медицинским работником условий и порядка предоставления выплаты, предусмотренных настоящим Договором и Положением;

4) требовать от Медицинского работника возврата части выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора (эффективного контракта) с Медицинской организацией до истечения трехлетнего срока, выплаты в полном объеме, в случае установления факта предоставления Медицинским работником недостоверных сведений для получения выплаты, а также уплаты процентов, возникших вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору;

5) отказать Медицинскому работнику в заключении дополнительного соглашения к настоящему Договору в части изменения места работы и суммирования стажа работы в случае нарушения Медицинским работником требований, предусмотренных пунктом 8 части 2 настоящего Договора;

6) обеспечить представление информации о факте назначения выплаты, а также о сроках и размере выплаты посредством использования единой цифровой платформы в порядке и объеме, установленными Правительством Российской Федерации, и в соответствии с форматами, установленными оператором единой цифровой платформы.

5. Министерство вправе запрашивать сведения и документы в целях проверки соблюдения Медицинским работником и Медицинской организацией условий и порядка предоставления выплаты.

6. Медицинская организация обязана уведомить Министерство в письменной форме в течение трех рабочих дней, с приложением копий подтверждающих документов, о намерении Медицинского работника до истечения трехлетнего срока расторгнуть трудовой договор (эффективный контракт) по любым основаниям, предусмотренным Трудовым кодексом Российской Федерации, либо об основаниях, являющихся причиной для продления настоящего Договора.

**3. Ответственность сторон**

7. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных настоящим Договором, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

8. В случае неисполнения Медицинским работником обязанностей, предусмотренных пунктами 4-6 части 2 настоящего Договора, по возврату выплаты, Медицинский работник уплачивает проценты за пользование чужими денежными средствами в доход краевого бюджета в размере, предусмотренном [пунктом 1 статьи 395 Гражданского кодекса Российской Федерации](http://docs.cntd.ru/document/9027690), за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за днем истечения срока возврата выплаты, до даты ее возврата.

1. **Досудебное урегулирование спора**

9. Уведомления, с которыми настоящий Договор связывает наступление гражданско-правовых последствий для другой Стороны, должны направляться по следующему адресу:

Министерству: Ленина площадь, д.1, г. Петропавловск-Камчатский, 683040;

Медицинская организация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Медицинскому работнику: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

10. В случае возникновения спорной ситуации, уведомление одной из Сторон вручается лично под роспись либо направляется заказным письмом с уведомлением по адресу, указанному в части 9 настоящего Договора.

11. Датой получения уведомления одной из Сторон, направленного заказным письмом с уведомлением, является дата вручения письма, указанная в почтовом уведомлении или дата возврата письма, в случае его неполучения Стороной.

12. Уведомление подлежит рассмотрению одной из Сторон в течение 15 рабочих дней со дня его получения.

13. В случае получения от одной из Сторон отказа на исполнение уведомления либо неполучения ответа в срок, указанный в уведомлении, все требования в нем считаются полностью отклоненными.

**5. Срок действия Договора**

14. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания всеми Сторонами и действует до истечения трехлетнего срока работы Медицинского работника в Медицинской организации, а в части неисполненных обязательств – до полного их исполнения.

15. Настоящий Договор продлевается Сторонами на срок неисполнения Медицинским работником трудовой функции в полном объеме по следующим основаниям:

1) при неисполнении Медицинским работником трудовой функции в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации);

2) при нахождении Медицинского работника в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет;

3) при прохождении Медицинским работником военной службы или заменяющей ее альтернативной гражданской службы в случае принятия Медицинским работником решения о продлении срока действия настоящего Договора в соответствии с пунктом 5 части 2 настоящего Договора.

**6. Заключительные положения**

16. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

17. Все изменения к настоящему Договору оформляются дополнительным соглашением к нему, для каждой из сторон, имеющих равную юридическую силу.

**7. Адреса и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Министерство:**  **Министерство здравоохранения**  **Камчатского края**  Адрес: Ленина площадь, д.1,  г. Петропавловск-Камчатский, 683040  Адрес места нахождения:  г. Петропавловск-Камчатский,  Ленинградская улица, д. 118  Телефон: 8 (4152) 42-47-02  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) | **Медицинский работник:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты СНИЛС)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| М.П.  **Медицинская организация:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (наименование)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес медицинской организации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии)  М.П. |  |