

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ**

**СОВЕТ ДЕПУТАТОВ  
НОВООСКОЛЬСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА**

Внеочередное тридцать седьмое заседание Совета депутатов Новооскольского городского округа первого созыва

**Р Е Ш Е Н И Е**

13 апреля 2021 года

№ 591

**Об утверждении Порядка предоставления единовременной денежной выплаты врачам, принятым на работу в областные государственные бюджетные учреждения здравоохранения, расположенные на территории Новооскольского городского округа, по остродефицитным специальностям**

В соответствии с Федеральным законом от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Уставом Новооскольского городского округа **Совет депутатов Новооскольского городского округа р е ш и л:**

1. Утвердить Порядок предоставления единовременной денежной выплаты врачам, принятым на работу в областные государственные бюджетные учреждения здравоохранения, расположенные на территории Новооскольского городского округа, по остродефицитным специальностям (прилагается).

2. Настоящее решение вступает в силу со дня его официального опубликования в газете «Вперед» и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 года.

3. Настоящее решение разместить на официальном сайте Совета депутатов Новооскольского городского округа в сети Интернет <http://novoskoladmin.ru>.

4. Контроль за исполнением настоящего решения возложить на постоянную комиссию Совета депутатов Новооскольского городского округа по социальной политике, общественным объединениям (Дубова Л.А.).

**Председатель Совета депутатов  
Новооскольского городского округа**



**А.И. Попова**

Утвержден  
решением Совета депутатов  
Новооскольского городского округа  
от 13 апреля 2021 года № 591

**ПОРЯДОК**  
**предоставления единовременной денежной выплаты врачам,**  
**принятым на работу в областные государственные бюджетные учреждения**  
**здравоохранения, расположенные на территории Новооскольского**  
**городского округа, по остродефицитным специальностям**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящий Порядок определяет правила и механизм предоставления единовременной денежной выплаты врачам, принятым на работу на условиях полного рабочего дня в областные государственные бюджетные учреждения здравоохранения, расположенные на территории Новооскольского городского округа, по остродефицитным специальностям, указанным в приложении № 1 к настоящему Порядку.

1.2. Правом получения единовременной денежной выплаты (далее - ЕДВ) обладают граждане в возрасте до 35 лет, получившие высшее медицинское образование и прошедшие аккредитацию специалиста (далее - врач, врачи).

ЕДВ предоставляется врачам, впервые принятым на постоянную работу в областные государственные учреждения здравоохранения, расположенные на территории Новооскольского городского округа, по остродефицитным специальностям, начиная с 1 января 2021 года (далее - заявитель).

1.3. ЕДВ предоставляется однократно в размере 300 000 (трехсот тысяч) рублей на основании договора о предоставлении ЕДВ.

1.4. Уполномоченным органом по заключению договоров о предоставлении ЕДВ и осуществлению выплат является администрация Новооскольского городского округа (далее - администрация).

**2. Предоставление и финансирование**  
**единовременной денежной выплаты**

2.1. Для получения ЕДВ заявитель подает в администрацию заявление о предоставлении ЕДВ по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку (далее - заявление) и следующие документы:

2.1.1. Документ, удостоверяющий личность и его копию.

2.1.2. Диплом о высшем медицинском образовании и его копию.

2.1.3. Свидетельство об аккредитации специалиста (сертификат специалиста и его копию) или выписку из протокола заседания аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации для проведения аккредитации специалистов, имеющих высшее медицинское образование, о

признании аккредитуемого прошедшим аккредитацию специалиста.

2.1.4. Трудовую книжку и ее копию или сведения из электронной книжки, заверенные печатью работодателя.

2.1.5. Трудовой договор с областным государственным бюджетным учреждением здравоохранения, расположенным на территории Новооскольского городского округа (далее - медицинское учреждение), и его копию.

2.1.6. Ходатайство медицинского учреждения о предоставлении ЕДВ.

2.1.7. Реквизиты счета заявителя, открытого в российской кредитной организации, для перечисления денежных средств.

2.1.8. Справку с места жительства заявителя.

2.1.9. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования заявителя.

2.1.10. ИНН.

2.1.11. Согласие на обработку персональных данных.

Документы, предусмотренные подпунктами 2.1.8, 2.1.9, 2.1.10 пункта 2.1 раздела 2 настоящего Порядка, в течение 2-х рабочих дней со дня регистрации заявления в порядке межведомственного взаимодействия запрашиваются администрацией в государственных органах и подведомственных государственным органам или органам местного самоуправления организациях, учреждениях, в распоряжении которых находятся указанные документы, в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальными правовыми актами, если заявитель не предоставил указанные документы самостоятельно.

2.2. По завершении приема заявления и документов, указанных в пункте 2.1. раздела 2 настоящего Порядка, администрация выдает расписку-уведомление о приеме заявления (Приложение № 3).

2.3. Заявление регистрируется в журнале регистрации заявлений в день его поступления (Приложение № 4).

2.4. В течение десяти рабочих дней со дня поступления заявления и документов, указанных в пункте 2.1. раздела 2 настоящего Порядка, администрация:

2.4.1. Осуществляет проверку представленных документов на соответствие требованиям настоящего Порядка.

2.4.2. По результатам проверки представленных документов подготавливает проект договора на предоставление ЕДВ между администрацией, заявителем и медицинским учреждением по форме согласно приложению № 5 к настоящему Порядку (далее - договор) и передает его в медицинское учреждение для подписания сторонами или направляет заявителю уведомление об отказе в предоставлении ЕДВ с указанием причин отказа.

2.4.3. Формирует личное дело заявителя.

2.5. Медицинское учреждение:

2.5.1. Подготавливает ходатайство о предоставлении ЕДВ заявителю.

2.5.2. Обеспечивает подписание сторонами договора и в течение двух рабочих дней после его подписания направляет один экземпляр заявителю, второй экземпляр - в администрацию, третий хранит у себя.

2.5.3. Уведомляет администрацию о прекращении трудовых отношений с заявителем до истечения трехлетнего срока со дня заключения договора в течение 3 рабочих дней с указанием основания прекращения трудовых отношений.

2.6. Основаниями для отказа в предоставлении ЕДВ являются:

2.6.1. Несоответствие заявителя требованиям, установленным пунктом 1.2 раздела 2 настоящего Порядка.

2.6.2. Предоставление заявителем неполного комплекта документов, предусмотренных пунктом 2.1 раздела 2 настоящего Порядка.

2.6.3. Предоставление заявителем недостоверных сведений.

2.7 Финансовое обеспечение ЕДВ осуществляется в пределах средств, предусмотренных в бюджете Новооскольского городского округа.

2.8. Перечисление ЕДВ осуществляется отделом МКУ «Центр бухгалтерского учета», ответственным за ведение учета в администрации, на счета работников, открытые в российских кредитных организациях, операции по которым осуществляются с использованием национальных инструментов, в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты заключения Договора.

2.9. Основаниями для возврата ЕДВ в бюджет Новооскольского городского округа являются:

2.9.1. Установление фактов недостоверности представленных заявителем и (или) медицинским учреждением сведений.

2.9.2. Нарушение условий договора заявителем.

2.9.3. Расторжение трудового договора по основаниям, предусмотренным Трудовым кодексом Российской Федерации (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), до истечения трехлетнего срока со дня заключения Договора.

### **3. Заключительные положения**

3.1. Заявитель и (или) медицинское учреждение несут ответственность за достоверность представленных сведений.

3.2. При нарушении условий договора, а также вследствие установления фактов представления заявителем недостоверных сведений, заявитель обязан возвратить в бюджет Новооскольского городского округа полученную сумму ЕДВ в сроки и в размере, которые указаны в Договоре.

3.3. При получении информации о недостоверности представленных заявителем и (или) медицинским учреждением сведений, прекращении трудового договора до истечения трехлетнего срока со дня заключения Договора (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) администрация в течение пяти рабочих дней направляет заявителю требование о возврате денежных средств в бюджет Новооскольского городского округа.

3.4. Выплаченная сумма ЕДВ подлежит возврату заявителем в бюджет

Новооскольского городского округа в течение пяти рабочих дней со дня предъявления соответствующего требования.

3.5. В случае отказа заявителя от возврата выплаченной суммы ЕДВ последняя взыскивается в судебном порядке.

3.6. Информация о предоставлении ЕДВ в соответствии с настоящим Порядком размещается в Единой государственной информационной системе социального обеспечения. Размещение (получение) указанной информации в Единой государственной информационной системе социального обеспечения осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».



Приложение № 1  
к Порядку предоставления  
единовременной денежной выплаты врачам,  
принятым на работу в областные  
государственные бюджетные учреждения  
здравоохранения, расположенные на  
территории Новооскольского городского  
округа, по остродефицитным специальностям

**Перечень  
остродефицитных специальностей  
в областных государственных  
учреждениях здравоохранения,  
расположенных на территории  
Новооскольского городского округа,  
дающих право на получение единовременной денежной выплаты**

1. Врач общей практики (семейный врач).
2. Врач-терапевт участковый.
3. Врач-педиатр участковый.
4. Врач-акушер-гинеколог.
5. Врач-уролог.



Приложение № 2  
к Порядку предоставления  
единовременной денежной выплаты врачам,  
принятым на работу в областные  
государственные бюджетные учреждения  
здравоохранения, расположенные на  
территории Новооскольского городского  
округа, по остродефицитным специальностям

Главе администрации  
Новооскольского городского округа

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя)  
проживающего(ей) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
паспорт \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего личность)  
тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне единовременную денежную выплату в размере \_\_\_\_\_ рублей в соответствии с решением Совета депутатов Новооскольского городского округа от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ «Об утверждении Порядка предоставления единовременной денежной выплаты врачам, принятым на работу в областные государственные учреждения здравоохранения, расположенные на территории Новооскольского городского округа, по остродефицитным специальностям».

Обязуюсь отработать не менее трех лет по основному месту работы в соответствии с трудовым договором, заключенным мной с

\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Единовременную денежную выплату прошу перечислить на мой счет в

К заявлению прилагаю следующие документы:

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)



**Согласие  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(-ная) по адресу \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата выдачи) (кем выдан)

ИНН \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

номер контактного телефона \_\_\_\_\_

**даю согласие оператору персональных данных – администрации Новооскольского городского округа, адрес: г. Новый Оскол, ул. Мая, д. 2, на обработку с целью обеспечения реализации процедур по представлению выплаты ЕДВ администрации Новооскольского городского округа следующих категорий моих персональных данных:**

- фамилия, имя, отчество;
- число, месяц, год рождения;
- сведения о занимаемой должности;
- место работы;
- вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи;
- адрес места жительства (адрес регистрации);
- номер контактного телефона или сведения о других способах связи;
- сведения об образовании;
- сведения об ученой степени, ученом звании;
- сведения о государственных наградах, ведомственных наградах и региональных наградах;
- сведения о служебной (трудовой) деятельности;
- характеристика с указанием конкретных заслуг, выдающихся результатов, уникальных достижений;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** сбор, накопление, извлечение, запись, хранение, использование,

систематизация, уточнение (обновление, изменение), передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует со дня его подписания. После поощрения все вышеперечисленные сведения хранятся оператором персональных данных в течение сроков, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Отзыв согласия может быть осуществлен в письменном виде в адрес оператора персональных данных.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(на).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_.  
(подпись)

\_\_\_\_\_.  
(расшифровка подписи)



Приложение № 3  
к Порядку предоставления  
единовременной денежной выплаты врачам,  
принятым на работу в областные  
государственные бюджетные учреждения  
здравоохранения, расположенные на территории  
Новооскольского городского округа,  
по остродефицитным специальностям

**Расписка-уведомление**

Заявление гражданина \_\_\_\_\_

Регистрационный номер заявления	Принял	
	Дата приема	Подпись специалиста



Приложение № 4  
к Порядку предоставления  
единовременной денежной выплаты врачам,  
принятым на работу в областные государственные  
бюджетные учреждения здравоохранения,  
расположенные на территории Новооскольского  
городского округа,  
по остродефицитным специальностям

**Журнал регистрации заявлений**

№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Регистрационный номер заявления	Принял	
				Дата приема	Подпись специалиста



**Приложение № 5**  
к Порядку предоставления  
единовременной денежной выплаты врачам,  
принятым на работу в областные  
государственные бюджетные учреждения  
здравоохранения, расположенные на  
территории Новооскольского городского  
округа, по остродефицитным  
специальностям

**Договор**  
на предоставление единовременной денежной выплаты врачам,  
принятым на работу в областные государственные учреждения  
здравоохранения, расположенные на территории Новооскольского  
городского округа, по остродефицитным специальностям

г. Новый Оскол

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Администрация Новооскольского городского округа в лице  
главы администрации Новооскольского городского округа  
\_\_\_\_\_, действующего  
на основании \_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем «Администрация», с  
одной стороны, областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«\_\_\_\_\_»  
в лице главного врача, \_\_\_\_\_,  
действующего на основании \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем  
«Медицинское учреждение», с другой стороны, и медицинский работник  
\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем  
«Работник», с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили  
настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. Предметом настоящего Договора является предоставление Работнику,  
принятому на постоянную работу в Медицинское учреждение, расположенное на  
территории Новооскольского городского округа, по остродефицитной специальности,  
единовременной денежной выплаты из бюджета Новооскольского городского округа  
в сумме \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей.

### 2. Обязательства Сторон

## 2.1. Администрация обязана:

2.1.1. В течение 30 рабочих дней со дня заключения настоящего Договора предоставить единовременную денежную выплату путем перечисления на счет Работника \_\_\_\_\_.

(указать номер счета, открытого в кредитной организации)

2.1.2. В случае установления фактов недостоверности представленных сведений в течение 5 рабочих дней направить Медицинскому учреждению требование о возврате в бюджет Новооскольского городского округа денежных средств, предоставленных в соответствии с Договором для вручения его Работнику.

2.1.3. Требовать возврата всей суммы единовременной денежной выплаты в случае прекращения трудового договора по инициативе Работника и (или) Медицинского учреждения до истечения трехлетнего срока со дня заключения Договора (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации).

## 2.2. Работник обязан:

2.2.1. Отработать не менее трех лет со дня заключения Договора по основному месту работы на условиях полной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным с Медицинским учреждением.

В исчисление трехлетнего срока работы Работника в Медицинском учреждении не включаются периоды нахождения работника в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста, установленного Трудовым кодексом Российской Федерации.

2.2.2. Возвратить в бюджет Новооскольского городского округа всю сумму единовременной денежной выплаты в течение пяти рабочих дней со дня прекращения трудового договора с Медицинским учреждением до истечения трехлетнего срока со дня заключения Договора (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 1, 2 части первой статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации).

## 2.3. Медицинское учреждение обязано:

2.3.1. При заключении трудового договора (дополнительного соглашения к трудовому договору) с Работником предусмотреть условия предоставления и возврата единовременной денежной выплаты в соответствии с утвержденным Порядком предоставления единовременной денежной выплаты врачам, принятым на работу в областные государственные учреждения здравоохранения, расположенные на территории Новооскольского городского округа, по остродефицитным специальностям.

2.3.2. В случае прекращения трудового договора Работника с Медицинским учреждением до истечения трехлетнего срока со дня заключения Договора, уведомить об этом Администрацию в течение 3 рабочих дней со дня прекращения трудового договора с указанием основания его прекращения и принять меры по возврату Работником всей суммы единовременной денежной выплаты.

### 3. Ответственность сторон

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### 4. Заключительные положения

4.1. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, подлежат разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в письменной форме путем заключения дополнительных соглашений к настоящему Договору.

4.3. Договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

4.4. Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

### 5. Адреса и реквизиты сторон

Администрация	Медицинское учреждение	Работник
Адрес: ИНН ОГРН Реквизиты	Адрес: ИНН ОГРН Реквизиты	Ф.И.О. Адрес: паспорт СНИЛС ИНН
Руководитель (Ф.И.О.) Подпись _____ М.П., дата	Руководитель (Ф.И.О.) Подпись _____ М.П., дата	Ф.И.О. Подпись _____ дата

