|  |  |
| --- | --- |
| **ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТЬ** | |
| **Муниципальное образование**  **«Тулунский район»**  **АДМИНИСТРАЦИЯ** | |
| **Тулунского муниципального района** | |
|  | |
| **П О С Т А Н О В Л Е Н И Е** | |
|  | |
|  | |
| **01.11.2017 г. № 122-пг** | |
| **г.Тулун** | |
|  | |
| **Об утверждении Порядка осуществления выплаты подъемных врачам (фельдшерам), поступившим на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района** |

В целях укомплектования кадрами и закрепления специалистов, окончивших учебные заведения высшего (среднего) медицинского образования и поступивших на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района, руководствуясь пунктом 12 части 1 статьи 15 Федерального закона от 06.10.2013 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», статьями 22, 36 Устава муниципального образования «Тулунский район»

**П О С Т А Н О В Л Я Ю:**

1. Утвердить Порядок осуществления выплаты подъемных врачам (фельдшерам), поступившим на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района (прилагается).

2. Финансовое обеспечение расходных обязательств, связанных с осуществлением выплаты подъемных врачам (фельдшерам), поступившим на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района, осуществляется за счет средств местного бюджета, в рамках реализации мероприятий подпрограммы «Создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории Тулунского муниципального района» на 2017-2021 годы муниципальной программы «Экономическое развитие Тулунского муниципального района» на 2017-2021 годы, утвержденной постановлением Администрации Тулунского муниципального района от 30.11.2016 г. № 142-пг.

3. Опубликовать настоящее постановление в информационном бюллетене «Вестник Тулунского района» и разместить на официальном сайте Администрации Тулунского муниципального района в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя мэра Тулунского муниципального района С.В. Шаяхматова.

**Мэр Тулунского**

**муниципального района М.И. Гильдебрант**

УТВЕРЖДЕН

постановлением Администрации

Тулунского муниципального района

от 01.11.2017 г. № 122-пг

ПОРЯДОК

ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ ПОДЪЕМНЫХ ВРАЧАМ (ФЕЛЬДШЕРАМ), ПОСТУПИВШИМ НА РАБОТУ В СТРУКТУРНЫЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ОГБУЗ «ТУЛУНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА», РАСПОЛОЖЕННЫЕ НА ТЕРРИТОРИИ ТУЛУНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА (далее – Порядок)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий Порядок определяет условия и порядок осуществления выплаты подъемных врачам (фельдшерам), поступившим на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района (далее – врачи (фельдшера)).

1.2. Основанием для осуществления выплаты подъемных врачам (фельдшерам) является наличие следующих условий:

1) окончание образовательного учреждения высшего (среднего) профессионального медицинского образования;

2) поступление на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская городская больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района, по полученной специальности по трудовому договору (контракту), заключенному на срок не менее пяти лет.

1.3. Размер выплаты подъемных врачам составляет 100 тысяч рублей, фельдшерам - 50 тысяч рублей с учетом налога на доходы физических лиц.

2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА ВЫПЛАТОЙ ПОДЪЕМНЫХ

2.1. Выплата подъемных осуществляется в соответствии с подпрограммой «Создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории Тулунского муниципального района» на 2017-2021 годы муниципальной программы «Экономическое развитие Тулунского муниципального района» на 2017-2021 годы, утвержденной постановлением Администрации Тулунского муниципального района от 30.11.2016 г. № 142-пг (далее - подпрограмма) на основании письменного заявления врача (фельдшера) о предоставлении ему выплаты подъемных по форме согласно Приложению № 1 к настоящему Порядку.

2.2. Заявление подается врачом (фельдшером) в Администрацию Тулунского муниципального района в течение всего срока действия подпрограммы.

2.3. К заявлению прилагаются следующие документы:

1) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, заверенная в установленном законодательством порядке;

2) копия документа о высшем (среднем) профессиональном образовании, заверенная в установленном законодательством порядке;

3) копия трудового договора (контракта) с ОГБУЗ «Тулунская городская больница», заверенная в установленном законодательством порядке.

2.4. Поступившее в Администрацию Тулунского муниципального района заявление с прилагаемыми к нему документами, указанными в пункте 2.3. настоящего Порядка, проходит регистрацию в течение трех рабочих дней с момента его поступления.

2.5. После регистрации заявление и прилагаемые к нему документы, указанные в пункте 2.3. настоящего Порядка, направляются в Комитет по экономике администрации Тулунского муниципального района.

2.6. Комитет по экономике администрации Тулунского муниципального района в течение 5 рабочих дней со дня получения заявления и прилагаемых к нему документов, указанных в пункте 2.3. настоящего Порядка, готовит проект распоряжения Администрации Тулунского муниципального района об осуществлении выплаты подъемных врачу (фельдшеру).

3. ПОРЯДОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ВЫПЛАТЫ ПОДЪЕМНЫХ ИЛИ ОБ ОТКАЗЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ВЫПЛАТЫ ПОДЪЕМНЫХ

3.1. Решение об осуществлении выплаты подъемных или об отказе в осуществлении выплаты подъемных врачам (фельдшерам) принимается мэром Тулунского муниципального района в течение 30 дней со дня регистрации заявления с прилагаемыми к нему документами, указанными в пункте 2.3. настоящего Порядка.

3.2. Решение об отказе в осуществлении выплаты подъемных врачам (фельдшерам) принимается в случае:

1) невыполнения условий, установленных пунктом 1.2. настоящего Порядка;

2) представления не полного перечня документов, указанных в пункте 2.3. настоящего Порядка.

3.3. В случае принятия решения об отказе в осуществлении выплаты подъемных врачу (фельдшеру) Комитет по экономике администрации Тулунского муниципального района в срок не позднее 10 рабочих дней со дня принятия соответствующего решения информирует врача (фельдшера) о принятом решении с изложением причин отказа.

3.4. Для осуществления выплаты подъемных заключается соглашение об осуществлении выплаты подъемных между Администрацией Тулунского муниципального района, ОГБУЗ «Тулунская районная больница» (далее – учреждение здравоохранения) и врачом (фельдшером) по форме согласно Приложению № 2 к настоящему Порядку (далее – соглашение).

3.5. В течение 10 рабочих дней со дня подписания распоряжения Администрации Тулунского муниципального района об осуществлении выплаты подъемных врачу (фельдшеру) Комитет по экономике администрации Тулунского муниципального района готовит проект соглашения и направляет его в учреждение здравоохранения для подписания.

3.6. Администрация Тулунского муниципального района, на основании заключенных соглашений, перечисляет выплату подъемных на расчетные счета врачей (фельдшеров).

3.7. Выплата подъемных врачам (фельдшерам) осуществляется в пределах лимитов, предусмотренных в ресурсном обеспечении подпрограммы.

3.8. В случае недостатка финансовых средств, в ресурсное обеспечение подпрограммы вносятся изменения.

3.9. Выплата подъемных врачам (фельдшерам) осуществляется в безналичной форме через банки или иные кредитные организации.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. В случае прекращения трудового договора (контракта) с врачом (фельдшером) до истечения пятилетнего срока врач (фельдшер) обязан в течение 30 календарных дней со дня расторжения трудового договора (контракта) вернуть часть выплаты подъемных, рассчитанную пропорционально не отработанному им времени (при этом в пятилетний срок не включаются периоды отпусков по уходу за детьми до 5-ти лет).

4.2. В случае расторжения трудового договора (контракта) с врачом (фельдшером) по основаниям, предусмотренным пунктами 1, 2 части 1 статьи 81, пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации, часть выплаты подъемных возврату врачом (фельдшером) не подлежит.

4.3. При расторжении трудового договора (контракта) с врачом (фельдшером) учреждение здравоохранения обязано:

1) в день расторжения трудового договора (контракта) с врачом (фельдшером) вручить ему под роспись уведомление о необходимости возврата части выплаты подъемных;

2) в течение рабочего дня, следующего за днем расторжения трудового договора (контракта), направить уведомление в Администрацию Тулунского муниципального района, о прекращении трудовых отношений с врачом (фельдшером) до истечения установленного срока с приложением копии уведомления, указанного в подпункте 1 настоящего пункта, и приказа о расторжении трудового договора (контракта) с врачом (фельдшером).

4.4. В случае не возврата врачом (фельдшером) части выплаты подъемных в срок, установленный в пункте 4.1. настоящего Порядка, Администрация Тулунского муниципального района, вправе обратиться в суд с иском о взыскании данных денежных средств.

Приложение № 1

к Порядку

осуществления выплаты подъемных

врачам (фельдшерам), поступившим

на работу в структурные подразделения

ОГБУЗ «Тулунская районная больница»,

расположенные на территории

Тулунского муниципального района

Мэру Тулунского муниципального района

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

*(Ф.И.О.)*

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. врача (фельдшера))*

проживающего(ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

В связи с поступлением на работу в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование структурного подразделения учреждения здравоохранения, наименование учреждения здравоохранения)*

в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу Вас, в соответствии

*(наименование должности)*

с Порядком осуществления выплаты подъемных врачам (фельдшерам), поступившим на работу в структурные подразделения ОГБУЗ «Тулунская районная больница», расположенные на территории Тулунского муниципального района, выплатить мне подъемные в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тысяч рублей.

Выплату подъемных прошу перечислить в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование банка или иной кредитной организации)*

на мой расчетный счёт №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1) копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, заверенную в установленном законодательством порядке;

2) копию документа о высшем (среднем) профессиональном образовании, заверенную в установленном законодательством порядке;

3) копию трудового договора (контракта) с ОГБУЗ «Тулунская городская больница», заверенную в установленном законодательством порядке.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(подпись) (Ф.И.О.)*

Приложение № 2

к Порядку

осуществления выплаты подъемных

врачам (фельдшерам), поступившим

на работу в структурные подразделения

ОГБУЗ «Тулунская районная больница»,

расположенных на территории

Тулунского муниципального района

СОГЛАШЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_

ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ВЫПЛАТЫ ПОДЪЕМНЫХ

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Администрация Тулунского муниципального района, именуемая в дальнейшем «Администрация», в лице мэра Тулунского муниципального района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,* действующего на основании Устава

*(Ф.И.О. мэра Тулунского муниципального района)*

муниципального образования «Тулунский район», с одной стороны, и, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование учреждения здравоохранения)*

именуемое в дальнейшем «Учреждение здравоохранения», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании *(наименование должности руководителя, Ф.И.О. руководителя или уполномоченного им лица)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны и врач (фельдшер)

*(наименование, дата, номер правового акта)*

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

*(Ф.И.О. врача (фельдшера))*

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

*(реквизиты документа, удостоверяющего личность)*

именуемый в дальнейшем «врач (фельдшер)», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

1.1. Взаимоотношения Сторон при осуществлении выплаты подъемных врачу (фельдшеру), осуществляются в соответствии с подпрограммой «Создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории Тулунского муниципального района» на 2017-2021 годы муниципальной программы «Экономическое развитие Тулунского муниципального района» на 2017-2021 годы, утвержденной постановлением Администрации Тулунского муниципального района от 30.11.2016 г. № 142-пг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Администрация:

2.1.1. Осуществляет выплату подъемных врачу (фельдшеру) в размере \_\_\_\_\_\_\_ тысяч рублей (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) с учетом налога на доходы физических лиц в течение 30 дней со дня заключения настоящего Соглашения в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет врача (фельдшера).

2.1.2. Принимает необходимые меры по обеспечению сохранности персональных данных врача (фельдшера).

2.1.3. Осуществляет расчет части выплаты подъемных, подлежащей возврату пропорционально не отработанному врачом (фельдшером) времени. Сообщает Учреждению здравоохранения банковские реквизиты для осуществления возврата.

2.1.4. В случае не возврата врачом (фельдшером) выплаты подъемных при досрочном прекращении трудового договора (контракта) взыскивает с врача (фельдшера) часть выплаты подъемных, подлежащей взысканию, в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Учреждение здравоохранения:

2.2.1. В случае расторжения трудового договора (контракта) с врачом (фельдшером) до истечения пятилетнего срока работы вручает ему в день увольнения под роспись уведомление о необходимости возврата части выплаты подъемных.

2.2.2. В течение рабочего дня, следующего за днем расторжения трудового договора (контракта), направляет уведомление в Администрацию о прекращении трудовых отношений с врачом (фельдшером), до истечения установленного срока с приложением копии уведомления, указанного в пункте 2.2.1., и копии приказа о расторжении трудового договора (контракта).

2.3. Врач (фельдшер):

2.3.1. В течение пяти лет отрабатывает в Учреждении здравоохранения по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором (контрактом), заключенным с Учреждением здравоохранения.

2.3.2. В случае прекращения трудового договора (контракта) с Учреждением здравоохранения до истечения пятилетнего срока работы врач (фельдшер) возвращает в течение 30 календарных дней со дня расторжения трудового договора (контракта) часть выплаты подъемных.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАШЕНИЯ

3.1. Соглашение вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до истечения пятилетнего срока работы врача (фельдшера) в соответствии с заключенным им с Учреждением здравоохранения трудовым договором (контрактом).

3.2. Все изменения и дополнения к Соглашению считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Соглашения Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Изменение настоящего Соглашения осуществляется по взаимному согласию Сторон в письменной форме в виде дополнений к настоящему Соглашению, которые являются неотъемлемой частью Соглашения.

4.3. Споры между Сторонами решаются путем переговоров или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.4. Настоящее Соглашение составлено в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, в том числе: один экземпляр – Администрации; второй экземпляр - Учреждению здравоохранения; третий экземпляр – врачу (фельдшеру).

5. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Администрация:**  Администрация Тулунского муниципального района  Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фактический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КПП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Мэр Тулунского муниципального района: \_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  МП | **Учреждение здравоохранения:**  Наименование учреждения здравоохранения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фактический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КПП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Должность руководителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  МП | **Врач (фельдшер):**  Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации по паспорту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |