Приложение к постановлению администрации городского округа Красногорск

от 18.10.2021 № 2642/10

Порядок предоставления ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск

1. **Общие положения**

1.1 Настоящий Порядок предоставления ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск (далее – Порядок), разработан в целях назначения и предоставления ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск и в целях реализации мероприятий муниципальной программы городского округа Красногорск «Здравоохранение» на 2020-2024 годы».

1.2 Порядок определяет:

- порядок обращения за ежемесячными стимулирующими выплатами молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск;

- порядок назначения ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск;

- порядок предоставления ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск;

- порядок прекращения ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск;

- причины отказа в назначении ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск;

- ответственность за достоверность представленных сведений и документов.

1.3 Ежемесячные стимулирующие выплаты (далее – Выплаты) назначаются молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск (далее - Работник).

1.4 Выплаты назначаются и предоставляются Работнику при одновременном соблюдении следующих условий:

- наличие у Работника гражданства Российской Федерации;

- в течение первого года со дня поступления Работника на работу в учреждение здравоохранения после окончания учебы в учебном заведении;

- работа по должности является основным местом работы на условиях полной занятости.

1.5 Размер Выплаты составляет 1000 рублей в месяц. Выплаты, предоставляемые в соответствии с настоящим Порядком, подлежат налогообложению налогом на доходы физических лиц.

1.6 В случае назначения Выплаты за неполный месяц, ее размер рассчитывается пропорционально отработанному времени. Выплата не производится за время нахождения Работника в административном отпуске без сохранения заработной платы, а также за время нахождения в отпуске по уходу за ребенком до достижения им установленного законом возраста.

1.7 Выплаты предоставляются ежемесячно.

1.8 Финансирование расходов, связанных с Выплатами, осуществляется за счет средств бюджета городского округа Красногорск в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных решением Совета депутатов городского округа Красногорск о бюджете городского округа Красногорск на соответствующий год и на плановый период и утвержденных лимитов бюджетных обязательств.

1. **Порядок обращения за ежемесячными стимулирующими выплатами молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск**

2.1 Для рассмотрения вопроса о назначении Выплат Работник представляет руководителю учреждения здравоохранения Московской области, расположенного на территории городского округа Красногорск (далее – Работодатель), следующие документы:

- заявление по установленной форме (Приложение № 1 к Порядку);

- согласие на обработку персональных данных заявителя (Приложение № 2 к Порядку);

- паспорт заявителя или документ, удостоверяющий личность, в соответствии с законодательством Российской Федерации (копии стр. 2-3, 4-5, паспорта гражданина РФ);

- копию диплома об окончании учебы в учебном заведении;

- копию свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН);

- копию СНИЛС;

- документ, подтверждающий банковские реквизиты для перечисления денежных средств на лицевые счета в кредитных организациях (выписка из лицевого счета, договор, сберегательная книжка и др.) (копии).

2.2 Копии документов представляются одновременно с предъявлением оригиналов документов для сверки.

1. **Порядок назначения ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск**

3.1 Для назначения Выплат Работодатель представляет в администрацию городского округа Красногорск (далее – Администрация) следующие документы:

- обращение на имя главы городского округа Красногорск (далее – Глава) по установленной форме (Приложение №3 к Порядку);

- справку с указанием: основного места работы; даты поступления на работу; наименованием занимаемой должности, заверенную печатью и подписью Работодателя;

- документы, указанные в п. 2.1 настоящего Порядка, заверенные печатью и подписью Работодателя.

3.2 Отдел содействия здравоохранению управления социальной поддержки населения администрации городского округа Красногорск (далее – Отдел) проводит проверку документов течение 5 (пяти) рабочих дней на предмет соответствия заявленным требованиям. При выявлении несоответствий все замечания заносятся в Лист замечаний и возвращаются Работодателю для доработки. В течение 5 (пяти) рабочих дней Работодатель возвращает документы вместе с Листом замечаний и указанием всех внесенных изменений.

3.3 На основании представленных документов Отдел готовит распоряжение Администрации о назначении Выплат (далее – Распоряжение о назначении), с приложением, в котором указываются: фамилия, имя, отчество (далее – ФИО); основное место работы; дата назначения Выплат.

3.4 Документы, указанные в п. 3.1 настоящего Порядка, находятся на ответственном хранении в Отделе в соответствии с номенклатурой дел.

3.5 Распоряжение о назначении направляется в органы, структурные подразделения Администрации и Работодателю в соответствии с рассылкой.

1. **Порядок предоставления ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск**

4.1 Для предоставления Выплат Работодатель ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, представляет в Отдел заявку о предоставлении Выплат Работнику Учреждения по установленной форме (Приложение № 4 к Порядку) и табель учета рабочего времени за отчетный месяц.

4.2 Для предоставления Выплаты за декабрь, Работодатель представляет вышеуказанные документы не позднее 25 января следующего года.

4.3 Отдел проводит проверку документов на предмет соответствия заявленным требованиям.

4.4 На основании Распоряжения о назначении и представленных документов Отдел готовит распоряжение Администрации о предоставлении Выплат (далее – Распоряжение о предоставлении) с приложением, в котором указываются: ФИО; размер Выплат; основное место работы; период, за который начислена выплата.

4.5 На основании Распоряжения о предоставлении отдел заработной платы и социальных выплат управления бухгалтерского учета и отчетности осуществляет Выплаты Работникам учреждений здравоохранения Московской области, расположенным на территории городского округа Красногорск.

4.6. Распоряжение о предоставлении направляется в органы и структурные подразделения администрации и Работодателю, в соответствии с рассылкой.

4.7. Документы, указанные в п. 4.1 настоящего Порядка, находятся на ответственном хранении в Отделе в соответствии с номенклатурой дел.

1. **Порядок прекращения ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск**

5.1 Предоставление Выплат прекращается, в случае:

5.1.1 Увольнения Работника;

5.1.2 Окончания периода первого года работы Работника;

5.1.3 Смерти Работника;

5.1.4 Выявления в представленных Работником документах, указанных в п. 2.1 и п. 3.1 настоящего Порядка, недостоверных сведений, влияющих на назначение Выплаты.

5.2 При наступлении причин, указанных в п. 5.1 настоящего Порядка Работодатель направляет обращение в Администрацию о прекращении Выплаты Работнику с указанием причины прекращения.

5.3 При выявлении в представленных Работодателем документах недостоверных сведений, влияющих на назначение Выплат Работнику, Отдел имеет право самостоятельно инициировать прекращение предоставления Выплат.

5.4 Отдел готовит распоряжение Администрации о прекращении предоставления Выплат (далее – Распоряжение о прекращении), с приложением, в котором указываются: ФИО; основное место работы; причина прекращения предоставления Выплат; дата прекращения предоставления Выплат.

5.5 Распоряжение о прекращении направляется в органы и структурные подразделения Администрации и Работодателю в соответствии с рассылкой.

1. **Причины отказа в назначении ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск**

Выплаты не назначаются в случае не представления Работником необходимых документов, указанных в п. 2.1 и п. 3.1 настоящего Порядка, или представления их не в полном объеме.

**7. Ответственность за достоверность представленных сведений и документов**

7.1 Выплаты, назначенные на основании документов, содержащих недостоверные сведения, а также излишне выплаченные Работнику, подлежат возврату Работником добровольно либо в судебном порядке.

7.2 Работник обязан извещать Работодателя о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления Выплат, не позднее 7 (семи) календарных дней с даты наступления таких обстоятельств.

7.3 Работник несет ответственность за достоверность представленных сведений и документов перед Работодателем.

7.4 Работодатель несет ответственность за достоверность представленных сведений и документов перед Администрацией.

7.5 Представленные сведения и документы могут быть подтверждены посредством дополнительной проверки.

Приложение № 1

к Порядку

Форма

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

*(должность, ФИО работодателя)*

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

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

*(наименование учреждения)*

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

*(должность, ФИО работника)*

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

зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу назначить мне ежемесячные стимулирующие выплаты молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск.

Для назначения прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Кол-во  документов |
| 1. | Согласие на обработку персональных данных |  |
| 2. | Копия документа, удостоверяющего личность |  |
| 3. | Документ, подтверждающий банковские реквизиты лицевого счета заявителя в кредитной организации (копия) |  |
| 4. | Копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН) |  |
| 5. | Копия диплома об окончании учебы в учебном заведении |  |
| 6. | Копия СНИЛС |  |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Приложение № 2

к Порядку

Форма

**Согласие на обработку персональных данных работника**

1. Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Администрацией городского округа Красногорск и структурными подразделениями Администрации городского округа Красногорск своих персональных данных, в том числе в автоматизированном режиме, в целях предоставления мне ежемесячных стимулирующих выплат молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес регистрации, паспортные данные, ИНН, СНИЛС, банковские реквизиты.

3. Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных в рамках предоставления ежемесячной стимулирующей выплаты.

4. Настоящее согласие действует до наступления срока ликвидации персонального дела заявителя, в соответствии с действующими нормами хранения дел. Заявитель может отозвать настоящее согласие путем направления письменного уведомления не ранее окончания срока получения ежемесячной стимулирующей выплаты. Отзыв не будет иметь обратной силы в отношении персональных данных, прошедших обработку до вступления в силу такого отзыва.

5. В подтверждение вышеизложенного, нижеподписавшийся заявитель подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с положениями Федерального [закона](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=114692;fld=134) от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Паспорт или документ, удостоверяющий личность в соответствии с законодательством Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (расшифровка подписи)*

Приложение № 3

к Порядку

Форма

НА БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Исх №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главе городского округа Красногорск

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

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

*(наименование учреждения)*

просит назначить ежемесячные стимулирующие выплаты молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск следующим работникам:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Основное место работы | Дата трудоустройства |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Руководитель Учреждения

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

*(наименование должности) (подпись) (расшифровка подписи)*

МП

Приложение № 4

к Порядку

Форма

НА БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Исх №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главе городского округа Красногорск

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

ЗАЯВКА

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

*(наименование учреждения)*

просит предоставить ежемесячные стимулирующие выплаты молодым специалистам учреждений здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Красногорск следующим работникам: за \_\_\_\_\_\_\_ (период):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Размер Выплаты | Дата окончания учебы в учебном заведении | Дата трудоустройства |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Руководитель Учреждения

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

*(наименование должности) (подпись) (расшифровка подписи)*

МП