Приложение N 1

к постановлению администрации

городского округа Красногорск

Московской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г. N \_\_\_\_

Об утверждении Порядка предоставления мер социальной поддержки в форме ежемесячной частичной компенсации транспортных расходов за проезд от места жительства к месту работы и обратно отдельным категориям медицинских работников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи», расположенной на территории городского округа Красногорск Московской области

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок устанавливает механизм предоставления мер социальной поддержки в форме ежемесячной частичной компенсации транспортных расходов за проезд от места жительства к месту работы и обратно на городском наземном общественном транспорте и железнодорожном транспорте пригородного сообщения сотрудникам с высшим и средним медицинским образованием ГБУЗ МО «МОССМП»,расположенной на территории городского округа Красногорск Московской области (за исключением руководителей медицинских организаций и их заместителей), включая фельдшеров и медицинских сестер по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи (далее- компенсационная выплата).

1.2. Главным распорядителем бюджетных средств, предусмотренных на соответствующий финансовый год в бюджете городского округа Красногорск Московской области (далее - городской округ) на обеспечение компенсационных выплат является Администрация городского округа Красногорск (далее Администрация).

1.3. Компенсационная выплата медицинскому Работнику назначается и предоставляется на основании решения Комиссии по предоставлению мер социальной поддержки отдельным категориям медицинских работников (далее - Комиссия) о компенсационной выплате.

1.4. Прием полного пакета документов на назначение и предоставление компенсационной выплаты согласно п.2.2, п.2.3, п.2.4 осуществляется отделом содействия здравоохранению управления по социальным вопросам Администрации городского округа Красногорск (далее- Отдел)

1.5 Компенсационная выплата составляет сумму фактических расходов, но не более 8 000 (восьми тысяч) рублей ежемесячно в соответствии с настоящим Порядком и подлежит налогообложению налогом на доходы физических лиц.

1.6. Финансирование расходов на компенсационную выплату обеспечивается за счет средств бюджета городского округа в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных на текущий финансовый год в рамках реализации мероприятия муниципальной программы городского округа "Здравоохранение".

1.7 Предельное количество получателей компенсационной выплаты регулируется в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных на текущий финансовый год в рамках реализации мероприятия муниципальной программы "Здравоохранение".

2. Условия предоставления ежемесячной частичной компенсации

2.1. Компенсационные выплаты осуществляются **на основании решения Комиссии**.

**2.2** Право на получение компенсационной выплаты имеют медицинские работники, осуществляющие трудовую деятельность на территории городского округа Красногорк (далее-городской округ) которые одновременно отвечают следующим условиям на дату подачи заявления:

- наличие у медицинского работника гражданства Российской Федерации;

- работа в ГБУЗ МО «МОССМП» в городском округе является основным местом работы по трудовому договору на полную ставку;

- наличие документов, подтверждающих расходы на оплату проезда от места жительства до места работы в городском округе и обратно на основании табеля рабочего времени;

- медицинский работник не является участником региональных и федеральных программ по предоставлению частичной компенсации за наем жилого помещения по договору аренды жилого помещения.

2.3. Для назначения компенсационной выплаты Работодатель предоставляет в Отдел в срок не позднее 15 числа месяца, следующего за расчетным, следующие документы медицинских работников, претендующих на назначение компенсационной выплаты:

- обращение Работодателя медицинской организации о назначении компенсационной выплаты медицинскому работнику на имя главы городского округа Красногорск (далее – Глава) по установленной форме (Приложение N 3 к Порядку);

- справка от Работодателя с указанием ФИО, занимаемой должности с указанием номера и даты приказа трудоустройства, занятости на полную ставку, скрепленную печатью медицинской организации;

- [заявление](#P170) медицинского работника на назначение компенсационной выплаты согласно приложению N1 к Порядку;

- [согласие](#P330) на обработку персональных данных Работника (оригинал), согласно приложению N 2 к Порядку;

- копию паспорта, удостоверяющего личность Работника, заверенную и скрепленную печатью медицинской организации (стр.2-3,4-5 паспорта гражданина РФ);

- копию диплома о медицинском образовании, заверенную и скрепленную печатью медицинской организации;

- копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (ИНН) физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации;

- копию СНИЛС;

**2.4.** **Для предоставления компенсационной выплаты Работодатель предоставляет в** **Отдел** **в срок не позднее 15 числа месяца, следующего за расчетным, следующие документы медицинских работников, претендующих на получение компенсационной выплаты:**

- обращение Работодателя медицинской организации о предоставлении компенсационной выплаты медицинскому работнику на имя главы городского округа Красногорск (далее – Глава) по установленной форме (Приложение N 4 к Порядку);

- [заявление](#P170) медицинского работника о предоставлении компенсационной выплаты по установленной форме (Приложение N 5 к Порядку);

- копии документов (выписки из кредитной организации на оплату транспортной карты, чеки, кассовые чеки, билеты), подтверждающие оплату проезда от места жительства до места работы в городском округе и обратно (заполняется маршрутный лист), заверенные печатью медицинской организации;

-копию табеля учета рабочего времени заявителя, заверенную и скрепленную печатью медицинской организации;

- реквизиты лицевого счета в кредитной организации для зачисления денежных средств, заверенные и скрепленные печатью медицинской организации.

2.5 Для предоставления компенсационной выплатыза декабрь Работодатель представляет вышеуказанные документы не позднее 25 января следующего года.

3. Порядок назначения компенсационной выплаты

3.1. Отдел в течение 5 рабочих дней с даты подачи пакета документов, представленных в соответствии с [пунктами 2.1, 2.](#P73)2 и п..2.3 настоящего Порядка, проверяет подлинность, полноту и достоверность содержащихся в них сведений. 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.

3.2 Секретарь Комиссии формирует личное дело заявителя, согласно п.2.2, п.2.3 настоящего Порядка и формирует повестку заседания Комиссии, в которой указываются:

-стоимость фактических транспортных расходов за проезд от места жительства к месту работы и обратно на городском наземном общественном транспорте и железнодорожном транспорте пригородного сообщения;

3.3 Повестка с вышеуказанной информацией рассматривается на заседании Комиссии. По каждому обращению выносится решение Комиссии о назначении компенсационной выплаты;

3.4 Решение Комиссии утверждается протоколом с приложениями:

-список Работников на получение компенсационной выплаты, с указанием даты назначения;

- список Работников, которым отказано в назначении компенсационной выплаты;

3.5 Решение **о назначении** компенсационной выплаты в соответствии с [пунктами](#P63) [2.2](#P73), 2.3 Порядка или отказе в назначении компенсационной выплаты **принимается Комиссией** в срок до 30 календарных дней со дня подачи документов, указанных в 2.[3](#P73) настоящего Порядка;

3.6 Назначение компенсационной выплаты осуществляется с даты и месяца в котором представлено заявление Работника о назначении компенсационной выплаты после принятия Комиссией решения о назначении компенсационной выплаты.

3.7 На основании представленных документов Отдел готовит распоряжение Администрации о назначении компенсационной выплаты (далее – Распоряжение о назначении), с приложением, в котором указываются: фамилия, имя, отчество (далее – ФИО); основное место работы; дата назначения Выплат, специальность, в соответствии с настоящим Порядком;

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

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

4. Порядок предоставления компенсационной выплаты

4.1 Отдел в течение 5 рабочих дней с даты подачи пакета документов представленных в соответствии с п.2.4 настоящего Порядка, проверяет на соответствие, полноту и достоверность содержащихся в них сведений. 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;

4.2 Решение о предоставлении компенсационной выплаты в соответствии с [пунктом](#P63) 2.4 Порядка или отказе в предоставлении компенсационной выплаты принимается Комиссией в срок до 30 календарных дней со дня подачи документов, указанных в 2.4 настоящего Порядка.

4.3 Предоставление компенсационной выплаты осуществляется с даты назначения компенсационной выплаты после принятия Комиссией решения о предоставлении компенсационной выплаты.

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

4.5. На основании Распоряжения Администрации городского округа управление бухгалтерского учета и отчетности производит перечисление компенсационной выплаты на расчетные счета медицинских работников.

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

4.7 Распоряжение о предоставлении направляется в органы, структурные подразделения Администрации и Работодателю в соответствии с рассылкой.

5. Порядок приостановления, прекращения компенсационной выплаты

5.1 Компенсационная выплата не производится:

- за время нахождения Работника в административном отпуске без сохранения заработной платы;

-за время нахождения Работника в отпуске по уходу за ребенком до достижения им установленного законом возраста;

- отсутствие финансирования данного мероприятия муниципальной программы городского округа Красногорск "Здравоохранение" в текущем финансовом году;

- за время нахождения Работника в ежегодном очередном оплачиваемом отпуске;

- в период временной нетрудоспособности Работника.

5.2 Компенсационная выплата прекращаются в случае:

- расторжения трудового договора между медицинской организацией и медицинским работником;

- несвоевременное предоставление (непредставление) документов в Отдел указанных в [пунктах 2.2](#P73) и[.2](#P103).3, п.2.4 настоящего Порядка;

- включение медицинского работника или членов его семьи в региональные и федеральные программы по предоставлению частичной компенсации за наем жилого помещения по договору аренды жилого помещения;

- предоставление медицинским работником недостоверных сведений;

5.3 Компенсационная выплата прекращается в месяце, в котором выявлены основания, указанные в абзацах пункта 5.1 и п.5.2 раздела 5 настоящего Порядка и рассчитывается по фактически произведенным затратам на дату выявленного основания.

5.4 Компенсационная выплата прекращается с первого числа месяца, в котором выявлены основания, указанные в пунктах 6.1 и 6.2 раздела 6 настоящего Порядка.

**6. Ответственность за достоверность, предоставленных сведений и документов**

6.1 При выявлении факта предоставления медицинским работником недостоверных сведений предоставление компенсационной выплаты прекращается без права ее возобновления. Необоснованно полученная компенсационная выплата возвращается заявителем в бюджет городского округа по требованию Администрации городского округа в течение 10 дней с даты получения заявителем претензии с указанием оснований для прекращения предоставления компенсационной выплаты и суммы возврата добровольно либо в судебном порядке.

6.2 Работник обязан извещать Работодателя о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение компенсационной выплаты, не позднее 3 (трех) календарных дней с даты наступления таких обстоятельств:

- Работник несет ответственность за достоверность представленных сведений и документов;

- Работодатель несет ответственность за достоверность представленных сведений и документов;

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

6.3 Отдел готовит распоряжение Администрации о прекращении выплаты с

приложением, в котором указываются: ФИО; основное место работы; специальность (в соответствии с Порядком); причина прекращения; дата прекращения предоставления компенсационной выплаты.

Приложение 1

к Порядку предоставления мер

социальной поддержки отдельным

категориям медицинских работников

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

*(должность, ФИО работодателя)*

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

*(наименование учреждения)*

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

*(должность, ФИО работника)*

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| В соответствии с Порядком предоставления мер социальной поддержки в форме ежемесячной частичной компенсации транспортных расходов за проезд от места жительства к месту работы и обратно отдельным категориям медицинских работников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи», расположенной на территории городского округа Красногорск Московской области, утвержденным постановлением Администрации городского округа Красногорск Московской области от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025\_\_\_ прошу **назначить** мне компенсационную выплату, прилагаю следующие документы:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Наименование документа | Кол-во  документов |  | | 1. | Согласие на обработку персональных данных |  |  | | 2. | Копия документа, удостоверяющего личность |  |  | | 3. | Копия диплома об окончании учебы в учебном заведении |  |  | | 4. | Копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН) |  |  | | 5. | Копия СНИЛС |  |  | | | |
|  | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |

Приложение N 2

к Порядку предоставления мер

социальной поддержки отдельным

категориям медицинских работников

**Согласие на обработку персональных данных заявителя**

1.Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Администрацией городского округа Красногорск своих персональных данных, в том числе в автоматизированном режиме, в целях предоставления мне материальной помощи.

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

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 материальной помощи.

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 позднее получения материальной помощи. 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 № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

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

выдан

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

дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 \_\_год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка

Приложение N 3

к Порядку предоставления мер

социальной поддержки отдельным

категориям медицинских работник

НА БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

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

Главе городского округа Красногорск

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

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

*(наименование учреждения)*

просит **назначить** меру социальной поддержки в форме ежемесячной частичной компенсации транспортных расходов за проезд от места жительства к месту работы и обратно отдельным категориям медицинских работников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи», расположенной на территории городского округа Красногорск Московской области, следующим работникам:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Основное место работы | Дата назначения  Компенсации | Специальность, в соответствии с Порядком |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Руководитель Учреждения

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

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

Приложение N 4

к Порядку предоставления мер

социальной поддержки отдельным

категориям медицинских работников

НА БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

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

Главе городского округа Красногорск

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

ЗАЯВКА

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

*(наименование учреждения)*

просит **предоставить** меру социальной поддержки в форме ежемесячной частичной компенсации транспортных расходов за проезд от места жительства к месту работы и обратно отдельным категориям медицинских работников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи», расположенной на территории городского округа Красногорск Московской области, следующим работникам: **за \_\_\_\_\_\_\_ (период):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Период, за который начислена Компенсация | Размер Компенсации |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Руководитель Учреждения

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

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

МП

Приложение N 5

к Порядку предоставления мер

социальной поддержки отдельным

категориям медицинских работников

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

*(должность, ФИО работодателя)*

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

*(наименование учреждения)*

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

*(должность, ФИО работника)*

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| В соответствии с Порядком предоставления мер социальной поддержки в форме ежемесячной частичной компенсации транспортных расходов за проезд от места жительства к месту работы и обратно отдельным категориям медицинских работников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи», расположенной на территории городского округа Красногорск Московской области, следующим работникам утвержденным постановлением Администрации городского округа Красногорск Московской области от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025\_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прошу **предоставить** мне компенсационную выплату \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (стоимость проезда к месту работы и обратно)  в соответствии с предоставленными документами **и маршрутным листом.**  Банковские реквизиты для перечисления денежных средств прилагаю. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |

Приложение N 2

к постановлению администрации

городского округа Красногорск

Московской области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N

Об утверждении Порядка предоставления мер социальной поддержки в форме ежемесячной частичной компенсации транспортных расходов за проезд от места жительства к месту работы и обратно отдельным категориям медицинских работников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи», расположенной на территории городского округа Красногорск Московской области

**Председатель комиссии,** заместитель главы городского округа Красногорск, курирующий управление по социальным вопросам

**Заместитель председателя комиссии**, начальник управления по социальным вопросам администрации городского округа Красногорск

**Заместитель председателя комиссии**, заместитель начальника управления по социальным вопросам - начальник отдела содействия здравоохранению администрации городского округа Красногорск

**Секретарь комиссии**, старший инспектор отдела содействия здравоохранению управления по социальным вопросам администрации городского округа Красногорск

**Члены комиссии:**

Старший инспектор отдела содействия здравоохранению управления по социальным вопросам администрации городского округа Красногорск

Заведующий отделом социального развития управления по социальным вопросам администрации городского округа Красногорск

Заведующий Красногорской подстанцией ГБУЗ МО «Московская областная

Станция Скорой Медицинской Помощи» (по согласованию)

Старший бухгалтер отдела заработной платы и социальных выплат управления бухгалтерского учета и отчетности администрации городского округа Красногорск

Юрисконсульт юридического отдела администрации городского округа Красногорск

Старший инспектор отдела социального развития администрации городского округа Красногорск

Старший инспектор отдела социального развития администрации городского округа Красногорск