Приложение к постановлению

 администрации городского округа

 Красногорск

 от 09.06.2023 № 1122/6

Порядок предоставления ежемесячных стимулирующих выплат среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск

1. **Общие положения**

1.1 Настоящий Порядок предоставления ежемесячных выплат среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск (далее – Порядок), разработан в целях назначения и предоставления ежемесячных выплат среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск и в целях реализации мероприятий муниципальной программы городского округа Красногорск «Здравоохранение» на 2023-2027 годы».

1.2 Порядок определяет:

- порядок обращения за ежемесячными стимулирующими выплатами среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск;

- порядок назначения ежемесячных стимулирующих выплат среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск;

- порядок предоставления ежемесячных стимулирующих выплат среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск;

- порядок прекращения ежемесячных стимулирующих выплат среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск;

- причины отказа в назначении ежемесячных стимулирующих выплат среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск;

- ответственность за достоверность представленных сведений и документов.

1.3 Ежемесячные стимулирующие выплаты назначаются среднему медицинскому персоналу (далее - Работник), предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск (далее – Выплаты).

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

- наличие у Работника гражданства Российской Федерации;

- **стаж работы в учреждении здравоохранения Московской области, расположенном на территории городского округа Красногорск – не менее 1 месяца;**

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

**1.5 Размер Выплаты составляет 5 000 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 среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях 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 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 среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях 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 в 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 среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях 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 среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск**

5.1 Предоставление Выплат прекращается, в случае:

5.1.1 Увольнения Работника;

5.1.2 Перевода Работника на другую должность, которая не предусматривает предоставление услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск;

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 среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях 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 среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск.

Для назначения прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Кол-во  |
| 1. | Согласие на обработку персональных данных |  |
| 2. | Копия документа, удостоверяющего личность  |  |
| 3. | Документ, подтверждающий банковские реквизиты лицевого счета заявителя в кредитной организации |  |
| 4.  | Копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН) |  |
| 5. | 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 среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, 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 от 27.07.2006 № 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 среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск следующим работникам:

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

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 среднему медицинскому персоналу, предоставляющему услуги первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания в муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждениях городского округа Красногорск следующим работникам:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Период, за который начислена Выплата | Размер Выплаты |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Руководитель Учреждения

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

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

МП