



АДМИНИСТРАЦИЯ  
ГОРОДСКОГО ОКРУГА ЛОБНЯ  
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

---

---

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 26.12.2023 № 1456-ПА

городской округ Лобня

Об утверждении Порядка предоставления единовременной выплаты врачам, медицинским сестрам при приеме на работу в государственные медицинские учреждения здравоохранения Московской области, расположенные на территории городского округа Лобня Московской области

В соответствии с Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», руководствуясь Уставом муниципального образования «городской округ Лобня» Московской области, Администрации городского округа Лобня Московской области

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить Порядок предоставления единовременной выплаты врачам, медицинским сестрам при приеме на работу в государственные медицинские учреждения здравоохранения Московской области, расположенные на территории городского округа Лобня Московской области (приложение).

2. Настоящее Постановление вступает в силу с 1 января 2024 года.

3. Опубликовать настоящее Постановление в газете «Лобня» и разместить на официальном сайте Администрации городского округа Лобня в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» [www.лобня.рф](http://www.лобня.рф).

4. Контроль за исполнением настоящего Постановления возложить на заместителя Главы Администрации городского округа Золотарева С.Е.

Глава городского округа Лобня

И.В. Демешко

Утвержден  
постановлением Администрации  
городского округа Лобня  
от 26.12.2023 № 1456-ПА

Порядок  
предоставления единовременной выплаты врачам, медицинским сестрам при  
приеме на работу в государственные медицинские учреждения  
здравоохранения Московской области, расположенные на территории  
городского округа Лобня Московской области

Общие положения.

1.1. Настоящий Порядок предоставления единовременной выплаты врачам, медицинским сестрам при приеме на работу в государственные медицинские учреждения здравоохранения Московской области, расположенные на территории городского округа Лобня Московской области, разработан в целях реализации мероприятия «Развитие мер социальной поддержки медицинских работников» подпрограммы «Финансовое обеспечение системы организации медицинской помощи» муниципальной программы «Здравоохранение» на 2023-2027 годы, в целях стимулирования привлечения специалистов для работы в ГБУЗ МО «Лобненская больница».

1.2. Единовременная выплата предоставляется:

а) исключительно врачам, медицинским сестрам (далее- сотрудники), приглашенным на работу в ГБУЗ МО «Лобненская больница» (далее - государственное медицинское учреждение здравоохранения), заключившим трудовой договор между медицинским работником и медицинской организацией на условиях полного рабочего дня;

б) приглашенными сотрудниками считать врачей, медицинских сестер, проживавших и осуществлявших трудовую деятельность за пределами городского округа Лобня и приглашенных впервые;

в) не считать приглашенными сотрудниками врачей, медицинских сестер ранее осуществлявших трудовую деятельность в государственном медицинском учреждении здравоохранения на территории городского округа Лобня.

1.3. Единовременная выплата сотрудникам предоставляется при одновременном соблюдении следующих условий:

- а) наличие гражданства Российской Федерации;
- б) наличие трудового договора по основному месту работы между сотрудником и государственным учреждением здравоохранения (далее – трудовой договор);

1.4. Для назначения единовременной выплаты сотрудник предоставляет в Администрацию городского округа (далее- Администрация) следующие документы:

а) письмо (ходатайство) руководителя государственного медицинского учреждения здравоохранения (далее- руководитель) о назначении единовременной выплаты сотруднику, в котором указывается фамилия, имя, отчество сотрудника, дата его рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность (вид документа, серия и номер документа, кем выдан документ, дата его выдачи), занимаемая должность, дата и на какой срок заключен трудовой договор, адрес места жительства в городском округе Лобня, адрес постоянного места жительства гражданина до принятия на работу в указанную организацию;

б) заявление о предоставлении единовременной выплаты по форме в соответствии с приложением №1 к настоящему Порядку;

в) копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, и местожительства заявителя;

г) копию трудового договора по основному месту работы в государственном медицинском учреждении здравоохранения;

д) сведения о реквизитах банковского счета для перечисления единовременной выплаты;

е) уведомление об ознакомлении с п.4.2 настоящего порядка, в соответствии с приложением №2 к настоящему Порядку.

ж) согласие на обработку персональных данных, в соответствии с приложением №3 к настоящему Порядку.

1.5. Единовременная выплата при устройстве на работу в государственное медицинское учреждение здравоохранения предоставляется после окончания испытательного срока, в случае, если он предусмотрен трудовым договором.

## 2. Основания для отказа в выплате.

2.1. Основаниями для отказа в назначении единовременной выплаты является не представление или представление неполного комплекта документов, указанных в пункте 1.4. настоящего Порядка.

2.2. Работа в медицинской организации является не основным местом работы.

### 3. Определение размера единовременной выплаты.

3.1 Единовременная выплата предоставляется, исключительно медицинскому сотруднику при устройстве на работу в государственное учреждение здравоохранения в размере 100000,00 (ста тысяч) рублей - врачам, 50000,00 (пятьдесят тысяч) рублей – медицинским сестрам однократно.

3.2 Единовременная выплата сотруднику осуществляется из средств местного бюджета в соответствии с муниципальной программой «Здравоохранение» на 2023-2027гг.

### 4. Порядок предоставления единовременной выплаты.

4.1. Единовременная выплата производится уполномоченным органом Администрации, по ходатайству, не ранее чем через 6 месяцев после заключения трудового договора с работодателем, путем перечисления денежных средств на счет сотрудника, открытого в кредитной организации, указанного в заявлении, при наличии соответствующих документов.

4.2. Сотрудник обязан возместить выплаченную сумму в следующих случаях:

а) расторжение трудового договора по инициативе сотрудника до истечения трехлетнего срока работы в государственном учреждении здравоохранения (в размере выплаченной суммы);

б) расторжение трудового договора по инициативе работодателя по основаниям, установленным пунктами 3, 5, 6, 11 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации (в размере выплаченной суммы);

в) в случае, если сотрудник принят на время исполнения обязанностей отсутствующего сотрудника и это место является для него основным, такой сотрудник при выходе основного сотрудника обязан возместить выплаченную сумму в размере, исчисленном пропорционально отработанному времени.

4.3. ГБУЗ МО «Лобненская больница» уведомляет Администрацию городского округа Лобня о расторжении трудового договора с сотрудником, в течение трех рабочих дней с момента подачи заявления в отдел кадров.

4.4. В случае ухода сотрудника в отпуск по беременности и родам или отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет до окончания испытательного срока, установленного трудовым договором,

единовременная выплата производится после письменного уведомления Администрации городского округа Лобня ГБУЗ МО «Лобненская больница» о выходе сотрудника из отпуска.

4.5. ГБУЗ МО «Лобненская больница» подписывает дополнительное соглашение с медицинским работником об ознакомлении с п.4.2 настоящего порядка перед подачей ходатайства и прилагает копию соглашения к ходатайству.

Заявление

Фамилия, имя, отчество (без сокращений)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_,

(наименование)

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, кем выдан

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, дата выдачи

\_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту пребывания:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(в адресах указывается почтовый индекс, наименование региона, город, улицы, номер дома, корпуса, квартиры)

Телефон \_\_\_\_\_

Прошу произвести единовременную выплату при приеме на работу в

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование государственного медицинского учреждения здравоохранения Московской области, расположенного на территории города Лобня)  
на должность \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

К заявлению прилагаю:

- ходатайство Руководителя государственного медицинского учреждения здравоохранения Московской области;
- копию документа, удостоверяющего личность;
- копию трудового договора;
- уведомление об ознакомлении с п.4.2 порядка предоставления единовременной выплаты врачам, медицинским сестрам при приеме на работу в государственные медицинские учреждения здравоохранения Московской области, расположенные на территории городского округа Лобня Московской области;
- согласие на обработку персональных данных.

Выплату перечислять на счет (номер счета)

\_\_\_\_\_

по банковским реквизитам:

Наименование

банка \_\_\_\_\_

р/ счет \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_

к/счет \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_

Дата подачи заявления и прилагаемых к нему документов, Ф.И.О. и подпись заявителя:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Уведомление.

Фамилия, имя, отчество (без сокращений)

Я \_\_\_\_\_

Д.р. \_\_\_\_\_ Серия номер паспорта ( \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ )

Ознакомлен с пунктом 4.2 Порядка предоставления единовременной выплаты врачам, медицинским сестрам при приеме на работу в государственные медицинские учреждения здравоохранения Московской области, расположенные на территории городского округа Лобня Московской области, утвержденный Постановлением Администрации

\_\_\_\_\_ (дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)



## Приложение к порядку №3

### Согласие на обработку персональных данных.

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. субъекта персональных данных),

в соответствии с ч. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" (ред. от 06.02.2023) "О персональных данных", в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, даю согласие Администрации городского округа Лобня Московской области на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- пол, возраст;
- дата и место рождения;
- паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
- номер телефона (домашний, мобильный);
- адрес электронной почты;
- данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации, сведения о месте обучения;
- семейное положение, сведения о составе семьи, которые могут понадобиться;
- отношение к воинской обязанности;
- сведения о трудовом стаже;
- СНИЛС;
- ИНН;
- информация о приеме, переводе, увольнении и иных событиях, относящихся к моей трудовой деятельности;
- сведения о членстве в общественных, молодежных и иных организациях;
- сведения об отсутствии судимости;
- сведения о работе и работодателе;
- о сфере деятельности;
- сведения о деловых и иных личных качествах, носящих оценочный характер;
- сведения о кредитной организации и номере счета для перечисления выплат.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Дата: \_\_\_\_\_ г.

Субъект персональных данных:

подпись \_\_\_\_\_ расшифровка подписи \_\_\_\_\_