



ГЛАВА  
ГОРОДСКОГО ОКРУГА ЛОБНЯ  
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

---

---

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 15.12.2023 № 416-ПГ

городской округ Лобня

О признании утратившим силу постановления Главы  
городского округа Лобня Московской области от 18.05.2020 № 475

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,  
ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Признать утратившим силу постановление Главы городского округа Лобня Московской области от 26.01.2021 № 52 «Об утверждении Порядка предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам, приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП ГБУЗ МО МОССМП» с 1 января 2024 года.

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

Глава городского округа Лобня

И.В. Демешко



ГЛАВА  
ГОРОДСКОГО ОКРУГА ЛОБНЯ  
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 18.05.2020 № 475

Об утверждении Порядка предоставления  
единовременного пособия врачам и фельдшерам,  
приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП  
ГБУЗ МО МОССМП

В соответствии с Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и статьи 2 Закона Московской области от 02.06.2014 N 56/2014-ОЗ (ред. от 25.12.2014) «О прекращении осуществления органами местного самоуправления муниципальных районов и городских округов Московской области отдельных государственных полномочий Московской области по организации оказания медицинской помощи на территории Московской области и о внесении изменений в Закон Московской области «О здравоохранении в Московской области» (принят постановлением Мособлдумы от 29.05.2014 N 7/91-П), в целях стимулирования привлечения специалистов для работы в Лобненской подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП,

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить Порядок предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам, приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП ГБУЗ МО МОССМП (Порядок прилагается).
2. Финансовому управлению предусмотреть финансирование данных мероприятий по муниципальной программе «Здравоохранение» на 2020-2024гг.
3. Настоящее постановление вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 мая 2020 года.
4. Контроль за исполнением настоящего Постановления возложить на заместителя Главы Администрации городского округа Лобня Петрову О.В.

Начальник Управления делами  
Администрации городского округа Лобня  
Московской области



Е.В. Смышляев

000890

ИП. Законсер, Тел. 5490 2010



Утвержден  
Постановлением Главы  
городского округа Лобня  
№ 475 «18» мая 2020г.

**Порядок  
предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам, приглашенным на  
работу в Лобненскую подстанцию СМП ГБУЗ МО МОССМП**

**Общие положения.**

1.1. Настоящий Порядок предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам, приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП ГБУЗ МО МОССМП, разработан в целях реализации мероприятия «Развитие мер социальной поддержки медицинских работников» подпрограммы «Финансовое обеспечение системы организации медицинской помощи» муниципальной программы «Здравоохранение» на 2020-2024 годы, в целях стимулирования привлечения специалистов для работы в Лобненской подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП.

1.2. Единовременное пособие предоставляется исключительно врачам и фельдшерам Лобненской подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП (далее сотрудники), приглашенным на работу в Лобненскую подстанцию СМП ГБУЗ МО МОССМП (государственное учреждение здравоохранения).

Приглашенными сотрудниками считать врачей и фельдшеров, ранее проживавших и осуществлявших трудовую деятельность за пределами городского округа Лобня.

1.3. Единовременное пособие сотрудникам осуществляется 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 единовременного пособия сотрудник предоставляет в Администрацию городского округа (отдел социального развития) следующие документы:

а) письмо (ходатайство) руководителя государственного учреждения здравоохранения о назначении единовременного пособия 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 назначении единовременного пособия по форме в соответствии с приложением №1 к настоящему Порядку;



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

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

д) сведения о реквизитах банковского счета для перечисления единовременного пособия.

1.5. Для получения единовременного пособия сотрудник предоставляет заявление о выплате единовременного пособия в соответствии с приложением №2 к настоящему Порядку.

1.6. Основаниями для отказа в назначении единовременного пособия является не представление или представление неполного комплекта документов, указанных в пункте 1.4. настоящего Порядка.

## **2. Определение размера единовременного пособия.**

2.1. Единовременное пособие назначается, исключительно сотруднику при устройстве на работу в государственное учреждение здравоохранения в размере 100000,00 (ста тысяч) рублей.

2.2. Единовременное пособие сотруднику осуществляется из средств местного бюджета в соответствии с муниципальной программой «Здравоохранение» на 2020-2024 гг.

## **3. Порядок выплаты единовременного пособия.**

3.1. Выплата единовременного пособия производится уполномоченным органом Администрации города Лобня путем перечисления денежных средств на счет сотрудника открытого в кредитной организации, указанного в заявлении.

3.2. 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, исчисленном пропорционально неотработанному времени);

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).

3.3. Руководитель уведомляет Администрацию городского округа Лобня о расторжении трудового договора с сотрудником в течение трех рабочих дней со дня расторжения трудового договора.

Заявление

Фамилия, имя, отчество (без сокращений) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ (наименование)  
 \_\_\_\_\_, 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 назначить единовременное пособие в размере 100000 (сто тысяч) рублей в соответствии с Порядком предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам Лобненской подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП.

К заявлению прилагаю:

- копию документа, удостоверяющего личность;
- копию трудового договора;
- копию трудового договора от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывается дата заключения договора)  
 заключенного с \_\_\_\_\_  
 (указывается наименование, адрес, работодателя)

Выплату перечислять на счет в банке: номер счета \_\_\_\_\_  
 в банке \_\_\_\_\_

Об изменении фактов, являющихся основанием для возмещения единовременного пособия, обязуюсь сообщать в установленные сроки.

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

\_\_\_\_\_  
 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Заявление

Фамилия, имя, отчество (без сокращений) \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_,

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 выплатить единовременное пособие в размере 100000 (сто тысяч) рублей в соответствии с Порядком предоставления единовременного пособия врачам и фельдшерам Лобненской подстанции СМП ГБУЗ МО МОССМП.

Выплату перечислять на счет в банке: номер счета \_\_\_\_\_  
в банке \_\_\_\_\_

Об изменении фактов, являющихся основанием для возмещения единовременного пособия, обязуюсь сообщать в установленные сроки.

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

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)