Об установлении дополнительной меры социальной поддержки

отдельных категорий медицинских работников относящихся к среднему медицинскому персоналу учреждений здравоохранения расположенных на территории муниципального образования Кавказский район

В соответствии с частью 5 статьи 20 Федерального закона от 6 октября 2003 года №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», руководствуясь статьей 43 Закона Краснодарского края от 30 июня 1997 года №90-КЗ «Об охране здоровья населения Краснодарского края», уставом муниципального образования Кавказский район, в целях создания условий для оказания медицинской помощи населению на территории Кавказского района, Совет муниципального образования Кавказский район р е ш и л:

1. Установить дополнительную меру поддержки в виде ежемесячной социальной выплаты отдельным категориям медицинских работников.
2. Утвердить Положение об условиях и порядке выплаты дополнительной меры социальной поддержки отдельных категорий медицинских работников относящихся к среднему медицинскому персоналу учреждений здравоохранения расположенных на территории муниципального образования Кавказский район (прилагается).
3. Контроль за выполнением настоящего решения возложить на комиссию Совета муниципального образования Кавказский район по ……..
4. Настоящее решение вступает в силу со дня его официального опубликования, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 августа 2024 года, и действует по 31 декабря 2024 года.

Глава муниципального образования Председатель Совета муниципального

Кавказский район образования Кавказский район

Ю.А.Ханин И.В. Савин

ПОЛОЖЕНИЕ

об условиях и порядке выплаты

дополнительной меры социальной поддержки

отдельных категорий медицинских работников относящихся к среднему медицинскому персоналу учреждений здравоохранения расположенных на территории муниципального образования Кавказский район

1. Настоящее Положение об условиях и порядке выплаты дополнительной меры социальной поддержки отдельных категорий медицинских работников относящихся к среднему медицинскому персоналу учреждений здравоохранения расположенных на территории муниципального образования Кавказский район (далее - Положение) определяет условия и порядок выплаты дополнительной меры социальной поддержки среднего медицинского персонала государственных медицинских организаций Министерства здравоохранения Краснодарского края (далее - отдельным категориям медицинских работников).

2. Дополнительная мера социальной поддержки (далее - выплата) устанавливается среднему медицинскому персоналу государственных медицинских организаций Министерства здравоохранения Краснодарского края расположенных на территории муниципального образования Кавказский район (за исключением персонала получающего выплаты в соответствии с постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2022 года №2568 «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования»,постановлением Губернатора Краснодарского края от 10 марта 2023 года №107 «О дополнительной государственной социальной поддержке отдельных категорий медицинских работников государственных медицинских организаций Краснодарского края, оказывающих не входящую в базовую программу обязательного медицинского страхования медицинскую помощь»), являющихся гражданами Российской Федерации проживающими на территории муниципального образования Кавказский район, находящихся в трудовых отношениях с государственных медицинских организаций Министерства здравоохранения Краснодарского края (далее- медицинская организация).

3. Выплата предоставляется отдельным категориям медицинских работников за период с 01 августа по 31 декабря 2024 года и выплачивается ежемесячно.

4. Максимальный месячный размер выплаты отдельным категориям медицинских работников, указанных в пункте 2 Положения составляет 13000, 00 рублей.

5. Выплата за календарный месяц рассчитывается исходя из исполнения работником трудовой функции, установленной трудовым договором, а также суммарного отработанного времени по табелю учета рабочего времени за дни работы в соответствующем календарном месяце. Расчет отработанного времени ведется с округлением до десятой части числа в большую сторону.

6. При определении размера выплаты работнику за календарный месяц рассчитывается соотношение количества рабочих часов, фактически отработанных работником за календарный месяц, и количества рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца, исчисленной исходя из установленной работнику в соответствии законодательством Российской Федерации продолжительности рабочей недели в порядке, определенном Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 года №101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности». Выплата осуществляется в максимальном размере, если соотношение равно или более единицы. Если соотношение менее единицы, размер выплаты определяется пропорционально полученному значению.

7. По итогам каждого месяца медицинская организация обязана формировать реестр работников, имеющих право на получение выплаты, и передавать информацию в администрацию муниципального образования Кавказский район.

Уполномоченным органом администрации муниципального образования Кавказский район по взаимодействию с медицинской организацией по указанным выплатам является – Отдел …………………. (далее – администрация).

Медицинская организация ежемесячно (не позднее 10-го рабочего дня месяца следующего за месяцем, в котором возникли основания для выплаты) направляет в администрацию муниципального образования Кавказский район реестр работников, имеющих право на выплату. В декабре реестр представляется медицинскими организациями до 20-го числа исходя из ожидаемого (предполагаемого) рабочего времени полного месяца.

8. Медицинский работник в целях получения выплаты единовременно представляет в администрацию муниципального образования Кавказский район заявление о предоставлении выплаты по форме, установленной в приложении 1 к настоящему Положению, с предоставлением следующих документов:

копии документа, удостоверяющего личность;

копии трудового договора (заверенных уполномоченным лицом медицинской организации);

копии трудовой книжки (заверенных уполномоченным лицом медицинской организации);

копии документа, содержащего реквизиты лицевого счета, открытого в кредитной организации для перечисления выплаты.

9. Решение о предоставлении (об отказе в предоставлении) выплаты принимается в течение 10 рабочих дней со дня представления заявления и документов, указанных в пункте 8 Положения, о предоставлении выплаты.

10. Основаниями для принятия решения об отказе в предоставлении выплаты являются:

представление не полного пакета документов;

выявление недостоверных сведений, указанных в заявлении о предоставлении единовременной выплаты;

несоответствие медицинского работника требованиям пункта 2 Положения.

11. Администрация в течение 10 рабочих дней со дня получения реестра от медицинской организации для осуществления выплат подготавливает проект постановления администрации муниципального образования Кавказский район об утверждении списка граждан для осуществления единовременной выплаты, с указанием размера выделяемых бюджетных ассигнований, и направляет их на утверждение главе муниципального образования Кавказский район, а так же осуществляет доведение утвержденных актов до МКУ «Централизованная бухгалтерия администрации муниципального образования Кавказский район» (далее - МКУ ЦБ АМО КР) и до Финансового управления администрации муниципального образования Кавказский район.

12. МКУ ЦБ АМО КР в течение 10 рабочих дней со дня поступления постановления об утверждении списка граждан осуществляет перечисление выплаты на счета граждан, указанные в заявлении.

13. Финансовое обеспечение предоставления выплат производится за счет средств бюджета муниципального образования Кавказский район в пределах лимитов бюджетных обязательств, доведенных до администрации, как получателя средств местного бюджета на цели, указанные в [пункте 1](https://internet.garant.ru/#/document/400463533/entry/1001) Положения.

14. Контроль за соблюдением условий предоставления выплаты осуществляется администрацией муниципального образования Кавказский район и органом муниципального финансового контроля муниципального образования Кавказский район.

Главе муниципального образования

Кавказский район

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

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО )

**Заявление**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

Адрес места регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(полный адрес места регистрации)

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу произвести выплату, установленную решением Совета муниципального образования Кавказский район от -- августа 2024 года № -- «».

Для производства выплаты представляю следующие документы:

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

Прошу перечислить выплату по следующим реквизитам:

ФИО получателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название банка, в котором открыт счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Корреспондентский счет банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП банка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать ФИО получателя, банковские реквизиты для выплаты: название банка, в котором открыт счет, корреспондентский счет банка, БИК, ИНН банка, КПП банка)

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) сведений, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых документах. Мне разъяснено, что данное согласие может быть отозвано мною.

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

(подпись) (фамилия, инициалы)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г