



**АДМИНИСТРАЦИЯ
РАМЕНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

13.08.2024

№ 3066

О внесении изменений в Порядок и условия предоставления частичной компенсации расходов по договорам аренды (найма) жилья медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Московской области, оказывающим медицинские услуги в Раменском городском округе и приступивших к работе на условиях трудового договора

В соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Жилищным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Законом Московской области от 14.11.2013 № 132/2013-ОЗ «О здравоохранении в Московской области», Постановлением Правительства Московской области от 29.12.2021 № 1490/45 «О предоставлении меры социальной поддержки в виде ежемесячной денежной выплаты медицинским работникам медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, расположенных на территории Московской области, с высшим или средним медицинским образованием», Уставом Раменского городского округа, в рамках реализации муниципальной программы Раменского городского округа Московской области «Здравоохранение», утвержденной постановлением администрации Раменского городского округа от 03.11.2022 № 15293 и в целях поддержки медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Министерства здравоохранения Московской области, расположенных на территории Раменского городского округа,

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Внести изменения в Порядок и условия предоставления частичной компенсации расходов по договорам аренды (найма) жилья медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Московской области, оказывающим медицинские услуги в Раменском городском округе и приступившим к работе на условиях трудового договора

(далее - Порядок), утвержденный постановлением администрации Раменского городского округа от 17.04.2024 №1406 «Об утверждении Порядка и условий предоставления частичной компенсации расходов по договорам аренды (найма) жилья медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Московской области, оказывающих медицинские услуги в Раменском городском округе и приступивших к работе на условиях трудового договора», согласно Приложению.

2. Управлению муниципальных услуг, связи и развития информационно-коммуникационных технологий администрации Раменского городского округа (Белкина С.В.) разместить настоящее постановление на официальном информационном портале www.ramenskoye.ru.

3. Муниципальному автономному учреждению «Раменский медиациентр» Раменского городского округа (Тимошина К.Г.) опубликовать настоящее постановление в сетевом издании «РАММЕДИА» с доменным именем сайта в информационно-коммуникационной сети Интернет <https://ramnews.ru>.

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя главы – начальника отдела мер социальной поддержки администрации Раменского городского округа Московской области Ивушкину Е.В.

Временно исполняющий полномочия главы
Раменского городского округа



Э.В. Малышев

Порядок и условия предоставления частичной компенсации расходов по договорам аренды (найма) жилья медицинским работникам медицинских организаций государственных учреждений здравоохранения Московской области, оказывающих медицинские услуги в Раменском городском округе и приступившим к работе на условиях трудового договора

1. Общие положения.

1.1 Настоящий Порядок разработан в соответствии со статьей 160 Жилищного кодекса Российской Федерации, статьей 20 Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Законом Московской области от 14.11.2013 № 132/2013-ОЗ «О здравоохранении в Московской области», Уставом Раменского городского округа, в рамках реализации муниципальной программы Раменского городского округа Московской области «Здравоохранение» на 2023-2027 год (далее – Программа) и определяет порядок предоставления частичной компенсации расходов за наем жилых помещений (далее - компенсация) медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Московской области, ГБУЗ МО «Раменская больница», ГБУЗ МО «МОССМП», ГБУЗ МО «МОКПТД» (далее – Учреждения), приступившим к работе на условиях трудового договора через уполномоченный орган администрации Раменского городского округа Московской области.

1.2. Компенсация предоставляется медицинским работникам (далее – получатель компенсации), при одновременном соответствии следующим условиям:

- врачам и среднему медицинскому персоналу, привлекаемым и (или) осуществляющим обслуживание населения Раменского городского округа Московской области в государственных медицинских учреждениях Раменского городского округа Московской области, замещающим должность в одном из Учреждений, в соответствии со штатным расписанием (в размере не менее 1,0 полной ставки по основному месту работы) по трудовому договору, в одном из Учреждений и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности на территории Раменского городского округа;
- не является получателем мер социальной поддержки в соответствии с Постановлением Правительства Московской области от 29.12.2021 № 1490/45 «О предоставлении меры социальной поддержки в виде ежемесячной денежной выплаты медицинским работникам медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской

области, расположенных на территории Московской области, с высшим или средним медицинским образованием»;

- не имеющие жилые помещения в собственности или не имеющие постоянную регистрацию в Раменском городском округе Московской области;

- медицинским работникам с высшим или средним специальным медицинским образованием, прибывшим из других субъектов Российской Федерации или иностранных государств, в период действия Программы и приступившим к работе на условиях трудового договора в ГБУЗ МО «Раменская больница», ГБУЗ МО «МОССМП», ГБУЗ МО «МОКПТД».

2. Порядок и Условия предоставления частичной компенсации.

2.1. Компенсация предоставляется на срок действия договора аренды (найма) жилого помещения.

2.2. Для получения компенсации получатель компенсации предоставляет следующие документы:

- заявление о предоставлении компенсации в адрес администрации Раменского городского округа Московской области по форме согласно приложению к настоящему Порядку (ежеквартально);

- согласие всех членов семьи на обработку персональных данных (единоразово);

- ходатайство работодателя - государственного учреждения здравоохранения, обслуживающего территорию Раменского городского округа Московской области (ежеквартально);

- копии документов, удостоверяющих личность, гражданство и место жительства каждого члена семьи (паспорт или иной документ, его заменяющий) (единоразово);

- копии документов, подтверждающих семейные отношения членов семьи: свидетельство о заключении/расторжении брака (на неполную семью не распространяется), свидетельство о рождении, судебное решение о признании членом семьи (единоразово);

- копию СНИЛС получателя компенсации (единоразово);

- выписку из ЕГРН о зарегистрированных правах гражданина, членов его семьи на жилые помещения, расположенные на территории Московской области (единоразово, в течение года);

- копию трудового договора получателя компенсации с государственным учреждением здравоохранения, обслуживающим территорию Раменского городского округа Московской области, ГБУЗ МО «Раменская больница», ГБУЗ МО «МОССМП», ГБУЗ МО «МОКПТД» (единоразово);

- копию трудовой книжки получателя компенсации (единоразово);

- копию приказа (распоряжения) о приеме на работу (единоразово);

- копию договора аренды (найма) жилого помещения, находящегося на территории Раменского городского округа Московской области, заключенного получателем компенсации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Договор аренды (найма) должен соответствовать требованиям Гражданского кодекса Российской Федерации и содержать объект аренды (найма), срок действия договора, размер платы за аренду (найм) жилого помещения.

- платежные, банковские документы, подтверждающие осуществление получателем компенсации оплаты по договору аренды (найма) жилого помещения (оригинал) (ежеквартально);

- реквизиты банковского счета, открытого на имя получателя компенсации для зачисления компенсации (оригинал) (ежеквартально).

2.3. Документы, указанные в пункте 2.2. настоящего Порядка, представляются получателем компенсации в Администрацию Раменского городского округа в срок ежеквартально (до 10 числа, месяца, следующего за отчетным периодом). После проверки, соответствия копии документа подлиннику, подлинник возвращается получателю компенсации, а копии документов направляются на рассмотрение комиссии по оказанию мер социальной поддержки медицинским работникам (далее Комиссия).

2.4. Комиссия рассматривает заявление и приложенные документы и выносит решение о частичной компенсации расходов по договору аренды (найма) жилья медицинскому работнику и его размере, либо мотивированный отказ.

2.5. Основанием для возмещения частичной компенсации расходов по договору аренды (найма) жилья является постановление Администрации Раменского городского округа, принятое с учетом Комиссии по отбору лиц для предоставления частичной компенсации арендной платы по договорам аренды (найма) жилья медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Московской области, оказывающих медицинские услуги в Раменском городском округе.

Для получения компенсации государственное учреждение здравоохранения, обслуживающее территорию Раменского городского округа Московской области ежеквартально предоставляет подтверждение о количестве занимаемых ставок на сотрудников, получающих компенсацию.

2.6. Компенсация выплачивается в размере 20 000 (двадцать тысяч) рублей 00 копеек в месяц, с учетом всех налогов, но не более суммы арендной платы.

2.7. Компенсация предоставляется в безналичной форме, перечислением денежных средств на банковский счет получателя компенсации.

2.8. Предоставление частичной компенсации расходов по договорам найма жилого помещения осуществляется ежеквартально.

3. Источники средств, направляемых на выплату компенсации.

3.1. Компенсация медицинским работникам по договорам аренды (найма) жилых помещений производится по инициативе работодателя, в пределах средств, предусмотренных в бюджете Раменского городского округа Московской области на текущий финансовый год.

4. Ответственность получателя компенсации.

4.1. Получатель компенсации в соответствии с действующим законодательством несет персональную ответственность за достоверность представленных в Администрацию Раменского городского округа сведений и документов.

5. Основаниями для отказа в выплате компенсации являются:

- участие в аналогичных мероприятиях других федеральных, региональных, муниципальных программ (подпрограмм);
- несоответствие медицинского работника условиям, указанным в п.1.2 настоящего Порядка;
- предоставление заявителем недостоверных сведений;
- заключение договора найма жилого помещения с супругом (супругой), а также с близкими родственниками (братом, сестрой, матерью, отцом, бабушкой, дедушкой, сыном, дочерью);
- нахождение заявителя в отпуске по беременности и родам и/или в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, за исключением случаев подачи заявления за период, предшествующий отпуску по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- отсутствие средств в бюджете Раменского городского округа на выполнение основного мероприятия 02 «Развитие мер социальной поддержки медицинских работников» муниципальной программы Раменского городского округа Московской области «Здравоохранение» на 2023-2027 г.

6. Приостановление и прекращение выплаты компенсации.

6.1. Приостановление выплаты компенсации производится в случае выявления фактов несоответствия поданных документов фактическому состоянию.

Возобновление предоставления компенсации по найму жилого помещения наступает с первого числа месяца, в котором произошло устранение причин, из-за которых произошло приостановление выплат компенсаций.

6.2. Прекращение выплат компенсации производится в случае:

- добровольного отказа гражданина от предоставления компенсации;
- расторжения трудового договора;
- расторжения договора найма жилого помещения;
- приобретения (получения) в собственность жилого помещения, предоставления помещения по договору социального найма или найма служебного жилого помещения, жилого помещения на условиях коммерческого найма, на территории Московской области, о чем заявитель сообщает в течение 5 дней;
- отсутствие документов, подтверждающих оплату по договору аренды (найма) жилого помещения.

6.3. В случае выявления недостоверности предоставляемых сведений выплата прекращается без права ее возобновления. Необоснованно

полученные средства добровольно возмещаются заявителем в бюджет Раменского городского округа Московской области. В случае отказа от добровольного возврата указанных средств они будут истребованы в судебном порядке.

7. Контроль над использованием средств, предназначенных для выплаты компенсации по договорам аренды (найма) жилья медицинским работникам осуществляется отделом мер социальной поддержки администрации Раменского городского округа Московской области.

В администрацию Раменского городского
округа Московской области

от _____
(ФИО заявителя)

(должность заявителя)

Адрес: _____

Тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне частичную компенсацию арендной платы за наем жилого помещения по договору аренды (найма) жилого помещения в рамках мероприятий: развитие мер социальной поддержки медицинских работников и привлечению медицинских кадров в сферу здравоохранения.

Компенсацию арендной платы за наем жилого помещения прошу перечислять ежеквартально по следующим реквизитам

Сообщаю Вам, что в Московской области на праве собственности или в пользовании (по договору социального найма, договору найма специализированного жилого помещения, жилого помещения на условиях коммерческого найма), я и члены моей семьи жилых помещений не имеем.

При приобретении в собственность или в пользование (по договору социального найма или по договору найма специализированного жилого помещения) жилого помещения на праве собственности или пользовании мной и/или членами моей семьи, обязуюсь в пятидневный срок сообщить об этом в Администрацию.

К заявлению прилагаю:

1) Ходатайство государственного бюджетного учреждения здравоохранения ГБУЗ МО «Раменская больница», ГБУЗ МО «МОССМП», ГБУЗ МО «МОКПТД» (в 1 экз., на ___ л.);

2) Копии документов, удостоверяющих личность гражданство и место жительства каждого члена семьи (паспорт или иной документ, его заменяющий) (в 1 экз., на ___ л.);

3) Копии документов, подтверждающих семейные отношения членов семьи: свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака (на неполную семью не распространяется), свидетельство о расторжении брака, судебное решение о признании членом семьи (в 1 экз., на ___ л.);

4) Согласие всех членов семьи на обработку персональных данных; Данное мною согласие на обработку вышеуказанных персональных данных действует бессрочно и может быть отозвано в письменной форме.

5) Копию СНИЛС получателя компенсации (в 1 экз., на ___ л.);

6) Копию трудового договора получателя компенсации с государственным учреждением здравоохранения, обслуживающим

территорию Раменского городского округа Московской области (в 1 экз., на ____ л.);

7) Копию трудовой книжки получателя компенсации (в 1 экз., на ____ л.);

8) Копию приказа (распоряжения) о приеме на работу (в 1 экз., на ____ л.);

9) Копию договора аренды (найма) жилого помещения, находящегося на территории Раменского городского округа Московской области, заключенного получателем компенсации в соответствии с законодательством Российской Федерации (в 1 экз., на ____ л.);

10) Выписку из ЕГРН о зарегистрированных правах гражданина, членов его семьи на жилые помещения, расположенные на территории Московской области (в 1 экз., на ____ л.);

11) Копии платежных, банковских документов, заверенные банковской печатью, подтверждающие осуществление Заявителем оплаты по договору найма жилого помещения (в 1 экз., на ____ л.);

12) Реквизиты банковского счета, открытого на имя получателя компенсации для зачисления компенсации, заверенные банковской печатью (в 1 экз., на ____ л.).

« ____ » _____ 20 ____ г.

(расшифровка) / _____
(подпись заявителя)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
проживающий (ая) по адресу _____

(адрес места жительства)
паспорт _____, ВЫДАННЫЙ « _____ » _____
(серия, номер) (дата выдачи)

(место выдачи паспорта)
(и) являясь законным представителем _____
(фамилия, имя, отчество)

проживающего (ей) по адресу _____
(адрес места жительства)
паспорт (свидетельство о рождении) _____, ВЫДАННЫЙ « _____ » _____
(серия, номер)

(место выдачи паспорта/свидетельства о рождении)
(и) являясь законным представителем _____
(фамилия, имя, отчество)

проживающего (ей) по адресу _____
(адрес места жительства)
паспорт (свидетельство о рождении) _____, ВЫДАННЫЙ « _____ » _____
(серия, номер)

(место выдачи паспорта/свидетельства о рождении)

На основании _____
(реквизиты доверенности, иного документа или нормативно-правового акта)

даю согласие оператору – Администрации Раменского городского округа Московской области (юридический адрес – г. Раменское, Комсомольская пл., д.2) на обработку своих персональных данных с правом совершения следующих действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе с использованием средств автоматизации в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для рассмотрения вопроса о предоставлении частичной компенсации расходов по договорам аренды (найма) жилья медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения Московской области.

- 1) фамилия, имя, отчество;
- 2) дата и место рождения;
- 3) адрес регистрации и места жительства;
- 4) данные документа, удостоверяющего личность;
- 5) данные семейного положения;
- 6) фамилия, имя, отчество ребенка (детей);
- 7) данные документа(ов), удостоверяющего(их) личность ребенка;
- 8) данные жилищного положения;
- 9) контактная информация;
- 10) иная информация, необходимая для решения моего жилищного вопроса;
- 11) СНИЛС.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата подписи)