Документ предоставлен КонсультантПлюс

ПРАВИТЕЛЬСТВО КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 29 августа 2017 г. N 510-п

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА НАЗНАЧЕНИЯ, ВЫПЛАТЫ, ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ, ВОЗОБНОВЛЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ НАЙМА ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЙ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ

Список изменяющих документов
(в ред. Постановления Правительства Красноярского края
от 02.11.2017 N 651-п)

В соответствии со статьей 103 Устава Красноярского края, статьей 6 Закона Красноярского края от 29.06.2017 N 3-802 "О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам" постановляю:

1. Утвердить Порядок назначения, выплаты, приостановления, возобновления и прекращения предоставления компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам согласно приложению.

2. Опубликовать Постановление в газете "Наш Красноярский край" и на "Официальном интернет-портале правовой информации Красноярского края" (www.zakon.krskstate.ru).

3. Постановление вступает в силу через 10 дней со дня его официального опубликования.

Первый заместитель
Губернатора края -
председатель
Правительства края
В.П.ТОМЕНКО

Приложение
к Постановлению
Правительства Красноярского края
от 29 августа 2017 г. N 510-п

ПОРЯДОК
НАЗНАЧЕНИЯ, ВЫПЛАТЫ, ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ, ВОЗОБНОВЛЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ НАЙМА ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЙ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ

Список изменяющих документов
(в ред. Постановления Правительства Красноярского края
от 02.11.2017 N 651-п)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий Порядок назначения, выплаты, приостановления, возобновления и прекращения предоставления компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам (далее - Порядок) устанавливает процедуру назначения, выплаты, приостановления, возобновления и прекращения предоставления компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам, работающим в медицинских организациях, подведомственных органу исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения, в соответствии с Законом Красноярского края от 29.06.2017 N 3-802 "О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам" (далее - компенсация, медицинские работники).

2. ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПЛАТЫ КОМПЕНСАЦИИ

2.1. Назначение компенсации медицинским работникам осуществляется по решению органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения.

Выплата компенсации медицинским работникам осуществляется медицинскими организациями, включенными в перечень медицинских организаций, работа в которых дает гражданину право на получение компенсации, утвержденный органом исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения (далее - медицинские организации).

Финансовое обеспечение выплаты компенсации медицинским работникам осуществляется за счет средств субсидий на цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ), в соответствии с Постановлением Правительства Красноярского края от 28.06.2011 N 375-п "Об утверждении Порядка определения объема и условий предоставления из краевого бюджета краевым государственным бюджетным и автономным учреждениям субсидий на цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ)".
(в ред. Постановления Правительства Красноярского края от 02.11.2017 N 651-п)

2.2. Для получения компенсации медицинский работник, имеющий право на получение компенсации (далее - получатель), или его представитель представляет в медицинскую организацию заявление о предоставлении компенсации (далее - заявление) по форме согласно приложению N 1 к Порядку.

К заявлению прилагаются согласие на обработку персональных данных по форме согласно приложению N 2 к Порядку и документы, предусмотренные статьей 5 Закона Красноярского края от 29.06.2017 N 3-802 "О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам" (далее - документы, Закон края).

В случае представления заявления представителем получателя к заявлению дополнительно прикладывается доверенность на осуществление соответствующих действий от имени получателя.

2.3. Заявление и документы, указанные в пункте 2.2 Порядка, представляются лично получателем или его законным представителем на бумажном носителе либо направляются почтовым отправлением или направляются в виде электронного документа (пакета документов) с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)".

В случае представления заявления лично в медицинскую организацию представляются копии документов, заверенные организациями, выдавшими соответствующие документы, или нотариально. В случае если копии документов не заверены организациями, выдавшими их, или

нотариально, получатель предъявляет в медицинскую организацию оригиналы указанных документов, которые после их сличения с копиями документов возвращаются получателю.

В случае направления заявления в медицинскую организацию посредством почтовой связи направляются копии документов, заверенные организациями, выдавшими соответствующие документы, или нотариально.

Заявление, представленное лично либо направленное посредством почтовой связи, медицинская организация регистрирует в журнале регистрации в день его поступления.

Заявление, направляемое в электронной форме, подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.08.2012 N 852 "Об утверждении Правил использования усиленной квалифицированной электронной подписи при обращении за получением государственных и муниципальных услуг и о внесении изменения в Правила разработки и утверждения административных регламентов предоставления государственных услуг".

В случае направления заявления в электронной форме медицинская организация в течение 1 рабочего дня, следующего за днем поступления заявления, проводит процедуру проверки действительности усиленной квалифицированной электронной подписи, с использованием которой подписано заявление (далее - проверка подписи).

В случае выявления по результатам проверки подписи несоблюдения условий признания действительности усиленной квалифицированной электронной подписи в течение 3 календарных дней со дня завершения проведения проверки подписи медицинская организация принимает решение об отказе в приеме к рассмотрению заявления и направляет получателю уведомление об этом в электронной форме с указанием пунктов статьи 11 Федерального закона от 06.04.2011 N 63-ФЗ "Об электронной подписи", которые послужили основанием для принятия указанного решения. Такое уведомление подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью медицинской организации и направляется по адресу электронной почты получателя либо в его личный кабинет в федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" или на краевом портале государственных и муниципальных услуг. После получения уведомления получатель вправе обратиться повторно с заявлением, устранив нарушения, которые послужили основанием для отказа в приеме к рассмотрению заявления.

В случае если по результатам проверки подписи усиленная квалифицированная электронная подпись признана действительной, медицинская организация регистрирует заявление, направленное в электронной форме, в журнале регистрации в день окончания проведения проверки подписи.

2.4. Медицинская организация в течение 2 рабочих дней с даты регистрации заявления направляет в орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения заявление и документы, указанные в пункте 2.2 Порядка.

В случае если документы, предусмотренные статьей 5 Закона края, находятся в распоряжении государственных органов, органов местного самоуправления либо подведомственных государственным органам или органам местного самоуправления организаций, участвующих в предоставлении государственных и муниципальных услуг, и не были представлены получателем в медицинскую организацию по собственной инициативе, орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения запрашивает посредством межведомственных запросов документы (сведения, содержащиеся в документах) в соответствующих органах и организациях, за исключением случаев, когда такие документы включены в перечень документов, определенный частью 6 статьи 7 Федерального закона от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг".

2.5. Орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения принимает решение о назначении компенсации или об отказе в ее назначении в форме приказа и направляет медицинской организации почтовым отправлением либо нарочным копию принятого решения в течение 20 рабочих дней с даты получения заявления и документов от медицинской организации.

2.6. Основаниями для отказа в назначении компенсации являются:

отсутствие у получателя права на предоставление компенсации;

непредставление (неполное представление) документов, указанных в статье 5 Закона края, за исключением документов, указанных в подпунктах "д", "е" пункта 2 статьи 5 Закона края;
(в ред. Постановления Правительства Красноярского края от 02.11.2017 N 651-п)

недостоверность сведений, содержащихся в заявлении и (или) документах, представленных получателем.

2.7. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения от органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения направляет получателю письменное уведомление о принятом решении способом, указанным в заявлении.

В случае принятия решения об отказе в назначении компенсации в уведомлении указываются основания отказа и порядок обжалования принятого решения.

2.8. Компенсация получателю назначается начиная с 1-го числа месяца, следующего за месяцем принятия решения о назначении компенсации, и выплачивается получателю ежеквартально.

2.9. В случае принятия органом исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о назначении компенсации получатель ежеквартально до 25-го числа месяца, следующего за истекшим кварталом, представляет в медицинскую организацию документы, подтверждающие оплату найма жилого помещения в истекшем квартале в соответствии с договором найма жилого помещения (квитанцию, подтверждающую перечисление денежных средств на банковский счет наймодателя, либо расписку наймодателя о получении денежных средств в счет оплаты по договору найма жилого помещения, составленную в произвольной форме, с указанием даты и места составления расписки, информации о лицах, получающих и передающих денежные средства (фамилия, имя, отчество, паспортные данные), суммы передаваемых денежных средств (цифрами и прописью) с помесячной расшифровкой, основания передачи денежных средств) (далее - документы, подтверждающие оплату найма жилого помещения) на бумажном носителе лично либо путем направления по почте или в форме электронного документа.

Документы, подтверждающие оплату найма жилого помещения, направляемые в электронной форме, подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.08.2012 N 852 "Об утверждении Правил использования усиленной квалифицированной электронной подписи при обращении за получением государственных и муниципальных услуг и о внесении изменения в Правила разработки и утверждения административных регламентов предоставления государственных услуг".

Проверка подписи проводится медицинской организацией в порядке и сроки, предусмотренные в пункте 2.3 Порядка.

В случае если по результатам проверки подписи усиленная квалифицированная электронная подпись признана действительной, медицинская организация принимает к рассмотрению документы, подтверждающие оплату найма жилого помещения, направленные в электронной форме.

2.10. Медицинская организация в течение 30 рабочих дней с даты получения документов, указанных в пункте 2.9 Порядка, осуществляет выплату компенсации получателю способом, указанным в заявлении.

3. ПОРЯДОК ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ И ВОЗОБНОВЛЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ

3.1. Предоставление получателю компенсации приостанавливается в случае непредставления получателем документов, указанных в пункте 2.9 Порядка, в установленный в нем срок.

3.2. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты окончания срока, установленного пунктом 2.9 Порядка, направляет в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения письменное уведомление о непредставлении получателем документов, указанных в пункте 2.9 Порядка, в установленный срок почтовым отправлением либо нарочным.

3.3. Орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения в течение 5 рабочих дней со дня поступления уведомления от медицинской организации принимает решение о приостановлении предоставления компенсации в форме приказа и направляет медицинской организации почтовым отправлением либо нарочным копию принятого решения.

3.4. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения от органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о приостановлении предоставления компенсации направляет получателю письменное уведомление с указанием основания приостановления предоставления компенсации способом, указанным в заявлении.

3.5. Предоставление компенсации приостанавливается с начала истекшего квартала и ее выплата не осуществляется.

3.6. Предоставление компенсации возобновляется после представления получателем документов, указанных в пункте 2.9 Порядка.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты представления получателем документов, указанных в пункте 2.9 Порядка, направляет в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения письменное уведомление о получении указанных документов почтовым отправлением либо нарочным.

Орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения в течение 5 рабочих дней с даты поступления такого уведомления принимает решение о возобновлении предоставления компенсации в форме приказа и направляет медицинской организации почтовым отправлением либо нарочным копию принятого решения.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения от органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о возобновлении предоставления компенсации направляет получателю письменное уведомление о возобновлении предоставления компенсации способом, указанным в заявлении.

3.7. В случае принятия органом исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о возобновлении предоставления компенсации, компенсация выплачивается за весь период, на который ее предоставление было приостановлено.

4. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ

4.1. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты наступления одного из

случаев, являющихся основаниями прекращения предоставления компенсации в соответствии со статьей 7 Закона края, направляет письменное уведомление об этом в орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения почтовым отправлением либо нарочным.

4.2. Орган исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения в течение 5 рабочих дней с даты получения уведомления от медицинской организации принимает решение о прекращении предоставления компенсации в форме приказа и направляет медицинской организации почтовым отправлением либо нарочным копию принятого решения.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты получения от органа исполнительной власти Красноярского края в сфере здравоохранения решения о прекращении предоставления компенсации направляет получателю письменное уведомление с указанием основания прекращения предоставления компенсации и порядка обжалования принятого решения способом, указанным в заявлении.

4.3. Предоставление компенсации прекращается с даты наступления одного из случаев, являющихся основаниями прекращения предоставления компенсации.

Приложение N 1
к Порядку
назначения, выплаты,
приостановления, возобновления
и прекращения предоставления
компенсации расходов на оплату
найма жилых помещений
медицинским работникам

Руководителю медицинской
организации
_____
(наименование медицинской организации)
от _____
_____
(ФИО заявителя)
_____
_____
(должность, место работы)
Паспорт _____,
(серия, номер)
выданный _____
(кем, когда)
_____
_____
место жительства (регистрации):
_____
_____
телефон: _____

Заявление
о предоставлении компенсации расходов на оплату
найма жилых помещений

В соответствии с Законом Красноярского края от 29.06.2017 N 3-802 "О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам" (далее - Закон края) прошу предоставить мне компенсацию

расходов на оплату найма жилого помещения (далее - компенсация), расположенного по адресу:

_____

Выплату компенсации прошу производить через (указать):
отделение федеральной почтовой связи:

_____

(указать почтовый адрес)
российскую кредитную организацию:

_____

(указать реквизиты счета)

Члены семьи (при наличии):
супруга (супруг) _____,
(ФИО, дата рождения)
паспорт _____, выданный _____
"__" _____ ____ года,

дети:
_____,
(ФИО, дата рождения)
паспорт (свидетельство о рождении) _____, выданный _____
_____
"__" _____ ____ года,

_____,
(ФИО, дата рождения)
паспорт (свидетельство о рождении) _____, выданный _____
_____
"__" _____ ____ года,

родители гражданина:
_____,
(ФИО, дата рождения)
паспорт _____, выданный _____
"__" _____ ____ года,

_____,
(ФИО, дата рождения)
паспорт _____, выданный _____
"__" _____ ____ года,

родители супруга (супруги):
_____,
(ФИО, дата рождения)
паспорт _____, выданный _____
"__" _____ ____ года,

_____,
(ФИО, дата рождения)
паспорт _____, выданный _____
"__" _____ ____ года.

В соответствии с Законом края супруг (супруга) имеет (не имеет) право на получение компенсации.

Уведомление о принятом решении о предоставлении компенсации (отказе в предоставлении компенсации), а также о приостановлении, возобновлении и прекращении предоставления компенсации прошу направить (указать):

1) на бумажном носителе почтовым отправлением по адресу:

_____

2) по электронной почте _____

С условиями, порядком назначения и выплаты компенсации, основаниями и порядком приостановления, возобновления предоставления компенсации, основаниями и порядком прекращения предоставления компенсации в рамках Закона края ознакомлен и обязуюсь их соблюдать.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1) _____;
2) _____;
n) _____

_____ _____ _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение N 2
к Порядку
назначения, выплаты,
приостановления, возобновления
и прекращения предоставления
компенсации расходов на оплату
найма жилых помещений
медицинским работникам

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью (последнее при наличии) гражданина)

место жительства (регистрации) _____

_____,

_____,
(вид и номер документа, удостоверяющего личность)
выдан _____ "__" _____ 20__ г.,
(кем и когда выдан документ, удостоверяющий личность)

в лице представителя (если гражданин действует через представителя)
_____,
(фамилия, имя, отчество полностью (последнее при наличии) представителя)
место жительства (регистрации) _____

_____,

_____,
(вид и номер документа, удостоверяющего личность)
выдан _____ "__" _____ 20__ г.,
(кем и когда выдан документ, удостоверяющий личность)

_____,
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие _____
_____,
(наименование и адрес медицинской организации; министерства здравоохранения Красноярского края)
на обработку моих персональных данных и членов моей семьи, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию,

удалению, использованию моих персональных данных, необходимых для внесения в информационные системы медицинской организации, передачи в министерство здравоохранения Красноярского края в целях получения компенсации расходов на оплату найма жилого помещения.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: документы, представленные мною и членами моей семьи в соответствии с Законом Красноярского края от 29.06.2017 N 3-802 "О компенсации расходов на оплату найма жилых помещений медицинским работникам".

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

_____ _____

(подпись) (фамилия и инициалы)

"__" _____ 20__ г.