



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

17.10.2025

№ 2019-п.

г. Екатеринбург

О предоставлении дополнительных мер социальной поддержки в 2025 году медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременных денежных выплат

Во исполнение постановления Правительства Свердловской области от 11.09.2025 № 505-ПП «О дополнительных мерах социальной поддержки в 2025 году медицинских работников, прибывших (переехавших) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременной денежной выплаты»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок предоставления дополнительных мер социальной поддержки в 2025 году медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременных денежных выплат (приложение).

2. Руководителям государственных медицинских организаций Свердловской области организовать работу по предоставлению дополнительных мер социальной поддержки в 2025 году медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременных денежных выплат в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от 11.09.2025 № 505-ПП «О дополнительных мерах социальной поддержки в 2025 году медицинских работников, прибывших (переехавших) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременной денежной выплаты», приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 17.10.2025 № 2015-п «Об осуществлении государственными бюджетными и государственными автономными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Свердловской области, полномочий Министерства здравоохранения Свердловской области по исполнению публичных обязательств перед физическим лицом, подлежащих исполнению в денежной форме» и настоящим приказом.

3. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru).

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Кречетова Е.И.

И.о. Министра

И.Б. Пушкарев

Приложение № 1 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 17.10.2025 № 2019-н.

**Порядок предоставления дополнительных мер социальной поддержки
в 2025 году медицинским работникам, прибывшим (переехавшим)
на работу в медицинские организации, расположенные на территории
Свердловской области, в виде единовременных денежных выплат**

1. Настоящий порядок регулирует отношения, связанные с предоставлением дополнительных мер социальной поддержки в 2025 году медицинским работникам (далее – работник), прибывшим (переехавшим) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременных денежных выплат (далее – выплата).

2. Выплата предоставляется работнику в случае соблюдения условий, предусмотренных постановлением Правительства Свердловской области от 11.09.2025 № 505-ПП «О дополнительных мерах социальной поддержки в 2025 году медицинских работников, прибывших (переехавших) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременной денежной выплаты» (далее – постановление Правительства от 11.09.2025 № 505-ПП):

1) работникам, прибывшим на работу в 2024 году:

в сельские населенные пункты, поселки городского типа или города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Свердловской области;

являющимся гражданами Российской Федерации;

не имеющим обязательств по целевому обучению (за исключением случаев трудоустройства в медицинские организации, укомплектованность штата которых составляет менее 60%);

заключившим трудовой договор с государственными медицинскими организациями Свердловской области на условиях полного рабочего дня с выполнением трудовой функции на должности, включенной в реестр должностей медицинских работников в медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении которых предоставляется дополнительная мера социальной поддержки в виде единовременной денежной выплаты медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) в 2024 году на работу в сельские населенные пункты, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, расположенные на территории Свердловской области, утвержденный постановлением Правительства.

2) работникам, прибывшим на работу в 2025 году:

в города с населением от 50 до 350 тысяч человек (по утвержденному постановлением Правительства от 11.09.2025 № 505-ПП перечню);

являющимся гражданами Российской Федерации;

не имеющим обязательств по целевому обучению (за исключением случаев трудоустройства в медицинские организации, укомплектованность штата которых составляет менее 60%);

не имеющим стажа работы в государственных и муниципальных медицинских организациях Свердловской области (за исключением стажа работы на должности врача-стажера и иных должностях в период прохождения обучения в образовательных организациях высшего и среднего образования);

трудоустроенным на дефицитные должности (по утвержденному постановлением Правительства от 11.09.2025 № 505-ПП перечню).

3. Выплата не предоставляется работникам, получавшим единовременную компенсационную выплату медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тысяч человек, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

4. Выплата предоставляется работнику однократно.

5. Выплата предоставляется работнику на основании локального акта государственной медицинской организации Свердловской области (далее – медицинская организация) и договора о предоставлении единовременной денежной выплаты по форме согласно приложению № 1 к настоящему порядку, заключенного между работником и медицинской организацией (далее – Договор).

6. Работник, заключивший Договор, принимает на себя обязательства по исполнению трудовых обязанностей в течение 5 лет со дня заключения Договора на должности, в соответствии с трудовым договором, при условии продления срока действия Договора на период неисполнения трудовых обязанностей в полном объеме (за исключением времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации), на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации (за исключением работников, прибывших (переехавших) на работу в 2024 году, в отношении которых обязательства по исполнению трудовых обязанностей в течение 5 лет возникают с даты заключения трудового договора).

7. Для заключения Договора медицинский работник представляет руководителю медицинской организации следующие документы:

- 1) заявление о предоставлении единовременной денежной выплаты (далее – заявление) по форме согласно приложению № 2 к настоящему порядку;
- 2) согласие на обработку персональных данных.

8. Медицинская организация:

1) рассматривает документы, указанные в пункте 7 настоящего порядка, и в течение 15 рабочих дней со дня представления документов работником принимает решение о заключении Договора с медицинским работником или об отказе в заключении Договора в форме приказа медицинской организации,

принявшей переданные Министерством полномочия по исполнению публичных обязательств перед работниками, подлежащих исполнению в денежной форме, с которой работник заключил трудовой договор (далее – уполномоченная медицинская организация);

2) в случае принятия решения об отказе в заключении Договора в течение 2 рабочих дней со дня принятия приказа уполномоченной медицинской организации уведомляет работника в письменной форме об отказе в заключении Договора по форме согласно приложению № 3 к настоящему порядку с обоснованием причин отказа;

3) в случае принятия решения о заключении Договора направляет в Министерство по системе электронного документооборота заявку на доведение лимитов бюджетных обязательств на лицевой счет уполномоченной медицинской организации для учета операций по переданным полномочиям исполнительного органа Свердловской области, осуществляющего функции и полномочия учредителя уполномоченной медицинской организации, по исполнению публичных обязательств перед работниками, подлежащих исполнению в денежной форме, открытый в установленном порядке в Министерстве финансов Свердловской области, на сумму, утвержденную приказом уполномоченной медицинской организации (далее – заявка) и расчет для определения объема средств, необходимого для предоставления выплаты по форме согласно приложению № 4 к настоящему порядку (далее – расчет);

4) организует учет и хранение документов, представленных работником для предоставления выплаты, а также обеспечивает хранение документов, обосновывающих предоставление выплаты. Документы, обосновывающие предоставление выплаты, подлежат хранению в соответствии с приказом медицинского учреждения о номенклатуре дел.

9. Решение об отказе в заключении Договора принимается уполномоченной медицинской организацией в случае, если:

1) работник не соответствует требованиям, указанным в пункте 2 настоящего порядка;

2) документы, представленные работником, указанные в пункте 7 настоящего порядка, содержат недостоверные сведения.

10. Уполномоченная медицинская организация вправе продлить срок рассмотрения заявления до 20 рабочих дней в случае проверки сведений о наличии неисполненных финансовых обязательств по договору о целевом обучении (за исключением трудоустройства в медицинские организации с укомплектованностью штата менее 60%) и финансовых обязательств по договору о предоставлении единовременной компенсационной выплаты медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» путем направления запросов

в соответствующие органы и организации Российской Федерации, расположенные за пределами Свердловской области.

11. В случае устранения причин, явившихся основанием для отказа в заключении Договора, работник вправе повторно обратиться в медицинскую организацию.

12. Работник вправе обжаловать решение медицинской организации об отказе в заключении Договора путем направления обращения в Министерство или обжаловать решение медицинского учреждения об отказе в заключении Договора в судебном порядке.

13. Представленная заявка рассматривается отделом кадровой политики в здравоохранении Министерства и отделом образования, аттестации и наград в сфере образования Министерства в течение 15 рабочих дней.

В случае принятия положительного решения по результатам рассмотрения заявки отдел планирования и финансирования Министерства в течении 5 рабочих дней осуществляет доведение лимитов бюджетных обязательств на лицевой счет уполномоченной медицинской организации для учета операций по переданным полномочиям исполнительного органа, открытый в установленном порядке в Министерстве финансов Свердловской области (далее – лицевой счет медицинской организации по переданным полномочиям).

В случае несоответствия требованиям, установленным постановлением Правительства от 11.09.2025 № 505-ПП и настоящим порядком, заявка уполномоченной медицинской организации направляется на доработку.

14. Выплата работнику осуществляется уполномоченной медицинской организацией в течение 5 рабочих дней со дня доведения Министерством лимитов бюджетных обязательств на лицевой счет медицинской организации по переданным полномочиям на основании Договора и приказа уполномоченной медицинской организации.

Подписание Договора сторонами осуществляется после доведения Министерством лимитов бюджетных обязательств на лицевой счет медицинской организации по переданным полномочиям.

15. Руководитель уполномоченной медицинской организации несет ответственность за обоснованность предоставления выплат и целевое использование средств областного бюджета.

16. Форма отчетности реализации выплат утверждается приказом Министерства.

17. В случае прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5–7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае перевода на другую должность или поступления на обучение по дополнительным профессиональным программам медицинский работник обязан в течение 30 рабочих дней со дня увольнения (перевода, поступления на обучение) возратить на лицевой счет медицинской организации по переданным полномочиям часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному

периоду со дня прекращения (изменения) трудового договора до истечения пятилетнего срока.

18. В случае прекращения трудового договора в связи с призывом на военную службу (в соответствии с подпунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) медицинский работник обязан в течение 30 рабочих дней со дня увольнения вернуть на лицевой счет медицинской организации по переданным полномочиям часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока, или продлить срок действия договора на период неисполнения трудовых обязанностей, заключив с медицинской организацией дополнительное соглашение к трудовому договору (по выбору медицинского работника).

В случае продления срока действия трудового договора медицинская организация обязана заключить с медицинским работником дополнительное соглашение к Договору по форме согласно приложению № 5 к настоящему порядку.

19. В случае выявления после осуществления выплаты фактов предоставления медицинским работником недостоверных сведений медицинская организация уведомляет медицинского работника об обязанности вернуть выплату в полном объеме в течение 30 рабочих дней со дня получения медицинским работником уведомления о возврате единовременной денежной выплаты по форме согласно приложению № 6 к настоящему порядку.

20. В случае прекращения (изменения) трудового договора с медицинским работником до истечения пятилетнего срока по основаниям, указанным в пунктах 17 и 18 настоящего порядка, медицинская организация в день увольнения обязана выдать медицинскому работнику уведомление о возврате единовременной денежной выплаты по форме согласно приложению № 6 к настоящему порядку, а также расчет суммы возврата части выплаты с приложением заверенных копий документов, подтверждающих неисполнение трудовых обязанностей медицинским работником в полном объеме.

21. За 30 рабочих дней до наступления даты окончания срока действия Договора медицинская организация проверяет и при необходимости заключает с медицинским работником дополнительное соглашение к Договору по форме согласно приложению № 5 к настоящему порядку на период неисполнения медицинским работником трудовых обязанностей в полном объеме (за исключением времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

22. В случае если денежные средства, подлежащие возврату, не будут возвращены медицинским работником на лицевой счет медицинской организации по переданным полномочиям в течение 30 рабочих дней со дня увольнения, медицинская организация осуществляет меры по взысканию денежных средств в судебном порядке.

23. Выплата предоставляется медицинскому работнику в пределах лимитов бюджетных обязательств, доведенных до Министерства как до главного распорядителя бюджетных средств на 2025 финансовый год.

Приложение № 1
к Порядку предоставления
дополнительных мер социальной
поддержки в 2025 году медицинским
работникам, прибывшим
(переехавшим) на работу
в медицинские организации,
расположенные на территории
Свердловской области, в виде
единовременных денежных выплат

Форма

ДОГОВОР № _____
о предоставлении единовременной денежной выплаты

(наименование медицинской организации)
именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице главного врача
_____, действующего
на основании _____, с одной стороны и гражданин (гражданка)
_____, именуемый
(именуемая) в дальнейшем «Медицинский работник», с другой стороны, совместно
именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор
о нижеследующем.

1. Предмет Договора

1.1. Предметом настоящего Договора является предоставление
Медицинскому работнику единовременной денежной выплаты (далее – выплата)
в размере _____
в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области
от 11.09.2025 № 505-ПП «О дополнительных мерах социальной поддержки в 2025
году медицинских работников, прибывших (переехавших) на работу
в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области,
в виде единовременной денежной выплаты».

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Медицинский работник обязан:

1) со дня заключения настоящего Договора/трудового договора исполнять
трудовые обязанности в _____
(наименование структурного подразделения, наименование учреждения)

на должности _____ в течение 5 лет при условии продления настоящего Договора на период неисполнения трудовых обязанностей в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации) на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации;

2) в случае прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока (за исключением случаев прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77, пунктами 5–7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) в течение 30 рабочих дней со дня увольнения (перевода) возвратить на лицевой счет медицинской организации для учета операций по переданным полномочиям исполнительного органа Свердловской области, открытый в Министерстве финансов Свердловской области Министерству, передавшему свои бюджетные полномочия медицинской организации (далее – лицевой счет Медицинской организации), часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду;

3) в случае выявления после осуществления выплаты фактов представления Медицинским работником недостоверных сведений вернуть выплату на лицевой счет Медицинской организации в полном объеме в течение 30 рабочих дней со дня получения уведомления о возврате выплаты;

4) в случае прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока в связи с призывом на военную службу (в соответствии с подпунктом 1 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) в течение 30 рабочих дней со дня увольнения возвратить на лицевой счет Медицинской организации часть выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока, или продлить срок действия настоящего Договора на период неисполнения трудовых обязанностей, заключив с Медицинской организацией дополнительное соглашение к трудовому договору (по выбору Медицинского работника).

2.2. Медицинская организация обязана:

1) в течение 5 рабочих дней со дня заключения настоящего Договора перечислить денежные средства в размере _____ на расчетный счет Медицинского работника;

2) проверять достоверность документов и сведений, представленных Медицинским работником;

3) в день увольнения выдать Медицинскому работнику уведомление о возврате на лицевой счет Медицинской организации в течение 30 рабочих дней со дня увольнения (перевода, поступления на обучение) части выплаты, рассчитанной пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения трудового договора до истечения пятилетнего срока, а также расчет суммы возврата части выплаты с приложением заверенных копий документов, подтверждающих неисполнение трудовых обязанностей;

4) письменно уведомить Министерство и направить заверенные копии приказа о прекращении (изменении) трудового договора с Медицинским

работником, дополнительного соглашения к настоящему Договору (при наличии), документов, подтверждающих неисполнение Медицинским работником в период действия настоящего Договора трудовых обязанностей в полном объеме (за исключением времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации), уведомления, указанного в подпункте 3 настоящего пункта, а также расчет суммы возврата части выплаты;

5) в случае если денежные средства, подлежащие возврату на лицевой счет Медицинской организации, не будут возвращены Медицинским работником в течение 30 рабочих дней со дня увольнения, осуществлять взыскание денежных средств в судебном порядке.

3. Ответственность Сторон

3.1. Медицинская организация и Медицинский работник несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, установленных настоящим Договором, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2. В случае неисполнения Медицинским работником обязанностей, предусмотренных настоящим Договором, в том числе увольнения Медицинского работника до истечения пятилетнего срока и неисполнения им обязанности по возврату единовременной денежной выплаты в сроки, установленные подпунктами 3–5 пункта 2.1 настоящего Договора, с Медицинского работника взимается неустойка (пени).

3.3. Неустойка (пени) взимается в качестве уплаты процентов на сумму долга в соответствии со статьей 395 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4. Порядок рассмотрения споров

4.1. Споры по настоящему Договору рассматриваются в суде по месту нахождения Медицинской организации.

5. Срок действия Договора

5.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

6. Заключительные положения

6.1. Изменения вносятся в настоящий Договор по согласию Сторон путем оформления дополнительного соглашения.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7. Реквизиты и подписи Сторон

Медицинский работник
(паспортные данные)

Медицинская организация
(реквизиты)

Главный врач

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 2
к Порядку предоставления
дополнительных мер социальной
поддержки в 2025 году медицинским
работникам, прибывшим
(переехавшим) на работу
в медицинские организации,
расположенные на территории
Свердловской области, в виде
единовременных денежных выплат

Форма

Руководителю

(наименование медицинской организации)

(Ф.И.О. работника)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении единовременной денежной выплаты

В соответствии с Порядком предоставления дополнительных мер социальной поддержки в виде единовременных денежных выплат в 2025 году, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 11.09.2025 № 505-ПП «О предоставлении дополнительных мер социальной поддержки в 2025 году медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременных денежных выплат» (далее – Порядок), прошу предоставить единовременную денежную выплату в размере _____ рублей.

(сумма прописью)

С условиями и порядком предоставления и возврата единовременной денежной выплаты, установленными Порядком, ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна).

Реквизиты расчетного счета для перечисления выплаты:

Наименование банка

ИНН банка

Расчетный счет банка

Корреспондентский счет банка

БИК банка

Счет получателя

Подтверждаю, что неисполненных обязательств по договору о целевом обучении не имею (указывается за исключением обращения в медицинские организации с укомплектованностью штата менее 60%).

Подтверждаю, что единовременная компенсационная выплата медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», не предоставлялась.

Обязуюсь уведомить руководителя медицинской организации _____

_____ (наименование медицинской организации)

о наступлении обстоятельств, не соответствующих условиям и порядку предоставления единовременной денежной выплаты, установленным Порядком.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Приложение № 3
к Порядку предоставления
дополнительных мер социальной
поддержки в 2025 году медицинским
работникам, прибывшим
(переехавшим) на работу
в медицинские организации,
расположенные на территории
Свердловской области, в виде
единовременных денежных выплат

Форма

УВЕДОМЛЕНИЕ
об отказе в заключении договора о предоставлении
единовременной денежной выплаты

Уважаемый (Уважаемая) _____!
(имя, отчество)

В соответствии с Порядком предоставления дополнительных мер социальной поддержки в виде единовременных денежных выплат в 2025 году, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 11.09.2025 № 505-ПП «О предоставлении дополнительных мер социальной поддержки в 2025 году медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременных денежных выплат»

_____ (наименование медицинской организации)

уведомляет Вас об отказе в заключении договора о предоставлении единовременной денежной выплаты по причине (причинам):

- 1)
- 2) (при наличии).

Вы вправе:

- 1) устранить причины, явившиеся основанием для отказа в заключении договора о предоставлении единовременной денежной выплаты, и обратиться повторно;
- 2) обжаловать решение об отказе в заключении договора о предоставлении единовременной денежной выплаты в судебном порядке.

_____ (руководитель медицинской организации)

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 4
к Порядку предоставления дополнительных мер социальной поддержки в 2025 году медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременных денежных выплат

Форма

РАСЧЕТ

для определения объема средств, необходимого для предоставления единовременной денежной выплаты на ___ год

Наименование медицинской организации	Наименование структурного подразделения медицинской организации	ФИО сотрудника	Должность сотрудника	Дата трудоустройства	Количество штатных должностей ¹	Количество физических лиц (основных работников)	Укомплектованность по физическим лицам	Размер выплаты, в рублях
1	2	3	4	5	6	7	8	9
							ст.7/ст.6*100	
ИТОГО								

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (дата)

М.П.

Ф.И.О. исполнителя, контактный телефон

¹ На первое число месяца, в котором трудоустраивается медицинский работник по категориям должностей (по врачам и (или) средним медицинским работникам)

Приложение № 5
к Порядку предоставления
дополнительных мер социальной
поддержки в 2025 году медицинским
работникам, прибывшим
(переехавшим) на работу
в медицинские организации,
расположенные на территории
Свердловской области, в виде
единовременных денежных выплат

Форма

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к Договору о предоставлении единовременной денежной выплаты
от «___» _____ 20__ № _____

_____ 20__

(наименование медицинской организации)
именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице главного врача
_____, действующего
на основании, с одной стороны и гражданин (гражданка)
_____, именуемый (именуемая)
в дальнейшем «Медицинский работник», с другой стороны, совместно именуемые в
дальнейшем «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение
о нижеследующем.

1. В соответствии с подпунктами 1 и 5 пункта 2.1 Договора о предоставлении
единовременной денежной выплаты от «___» _____ 20__ № _____ (далее – Договор),
в связи с _____ срок действия Договора продлевается
на период неисполнения медицинским работником трудовых обязанностей, то есть до
«___» _____ 20__ года.

2. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу со дня его подписания
и действует в течение срока действия трудового договора.

3. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах,
имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

Реквизиты и подписи Сторон

Медицинский работник
(паспортные данные)

Медицинская организация
(реквизиты)

Главный врач

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 6
к Порядку предоставления
дополнительных мер социальной
поддержки в 2025 году медицинским
работникам, прибывшим
(переехавшим) на работу
в медицинские организации,
расположенные на территории
Свердловской области, в виде
единовременных денежных выплат

Форма

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о возврате единовременной денежной выплаты**

Уважаемый (Уважаемая) _____!
(имя, отчество)

В соответствии с Порядком предоставления дополнительных мер социальной поддержки в виде единовременных денежных выплат в 2025 году, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 11.09.2025 № 505-ПП «О предоставлении дополнительных мер социальной поддержки в 2025 году медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в медицинские организации, расположенные на территории Свердловской области, в виде единовременных денежных выплат»,

_____ (наименование медицинской организации)

(далее – медицинская организация) уведомляет Вас об обязанности возвратить на лицевой счет медицинской организации часть единовременной денежной выплаты в сумме

_____ (сумма прописью)

в течение 30 рабочих дней со дня получения настоящего уведомления (расчет прилагается).

В соответствии с пунктом 19 Порядка сумма возврата единовременной денежной выплаты рассчитана пропорционально неотработанному периоду со дня прекращения (изменения) трудового договора до истечения пятилетнего срока, в том числе периода неисполнения трудовых обязательств в полном объеме (кроме времени отдыха, предусмотренного статьями 106 и 107 Трудового кодекса Российской Федерации).

Причина (причины) возврата единовременной денежной выплаты:

1)

Реквизиты для перечисления единовременной денежной выплаты (указываются реквизиты лицевого счета медицинской организации): _____

_____ (главный врач)

М.П.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (дата)

Уведомление получено

_____ (медицинский работник)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (дата)