



АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЛАБИНСКИЙ МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 15. 10. 2025

№ 864

г. Лабинск

Об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, впервые трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края

Руководствуясь Федеральным законом от 20 марта 2025 года № 33-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в единой системе публичной власти», частью 2 статьи 9 и частью 8 статьи 11, статьей 66 Устава муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края, в целях социальной поддержки медицинских работников с высшим медицинским образованием (далее – врачей-специалистов) ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, п о с т а н о в л я ю:

1. Установить с 1 сентября 2025 года дополнительную меру социальной поддержки в виде единовременной выплаты врачам-специалистам, впервые трудоустроившимся в медицинские учреждения ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края.

2. Утвердить Порядок предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной выплаты врачам-специалистам, впервые трудоустроившимся в медицинские организации ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края (приложение 1).

3. Образовать комиссию при администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края по предоставлению дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, впервые трудоустроившимся в медицинские организации ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края (приложение 2).

4. Отменить постановление администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края от 18 сентября 2025 года № 767 «Об утверждении Порядка предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной выплаты медицинским

работникам с высшим медицинским образованием, впервые трудоустроившимся в медицинские организации ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края.

5. Первому заместителю главы администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края Худасову А.Н. обеспечить опубликование настоящего постановления на официальном сайте администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

6. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на заместителя главы администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края Маршалко Н.Е.

7. Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 сентября 2025 года.

Исполняющий обязанности главы
администрации муниципального
образования Лабинский муниципальный
район Краснодарского края



А.Н. Худасов

Приложение 1

УТВЕРЖДЕН

постановлением администрации
муниципального образования
Лабинский муниципальный район
Краснодарского края
от 15.10.2015 № 864

ПОРЯДОК

**предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде
единовременной выплаты медицинским работникам с высшим
медицинским образованием, впервые трудоустроившимся в ГБУЗ
«Лабинская центральная районная больница» министерства
здравоохранения Краснодарского края**

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием (далее - врачам - специалистам), впервые трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее – Порядок), разработан в целях повышения жизненного уровня отдельных категорий граждан.

1.2. Право на получение дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной выплаты врачам-специалистам, впервые трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее – Выплата) имеют граждане Российской Федерации, впервые трудоустроившиеся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, на должности медицинских работников, с высшим медицинским образованием, осуществляющие трудовую деятельность по должности врача-специалиста в медицинской организации ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края по трудовому договору по основному месту работы не менее чем на 1 ставку.

1.3. Размер Выплаты составляет 600 000 (шестьсот тысяч) рублей.

1.4. В соответствии с настоящим Порядком Выплата предоставляется врачу-специалисту однократно.

1.5. Выплата предоставляется на основании заявления о предоставлении единовременной денежной выплаты согласно пункту 2.1 настоящего Порядка.

Исполнение обязанности по осуществлению трудовой деятельности по должности врача-специалиста приостанавливается на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

1.6. Финансирование расходов, связанных с Выплатой, осуществляется за счет средств бюджета муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края на текущий финансовый год в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных на указанные цели в рамках муниципальной программы «Социальная поддержка граждан муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края».

1.7. Рассмотрение вопроса о назначении Выплаты проводится комиссией по предоставлению дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, впервые трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края при администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края (далее – Комиссия).

2. Порядок обращения за предоставлением меры социальной поддержки

2.1. Для рассмотрения вопроса о назначении Выплаты врач-специалист лично, либо через представителя по доверенности, выданной и оформленной в установленном законодательством Российской Федерации порядке, в отдел координации деятельности социальной сферы администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края предоставляет следующие документы:

заявление по установленной форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку;

оригинал и копии документа(ов), удостоверяющего(их) личность заявителя;

копия трудового договора с медицинской организацией ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края;

согласие на обработку персональных данных заявителя согласно приложению 2 к настоящему Порядку;

копия трудовой книжки, заверенная кадровым подразделением медицинской организации или сведения о трудовой деятельности, оформленные в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

копия приказа о приеме на работу, заверенная кадровым подразделением медицинской организации;

копия диплома о высшем профессиональном образовании с предоставлением оригинала для сверки;

копия удостоверения об окончании интернатуры (ординатуры), (для медицинских работников, по специальностям которых законодательством

Российской Федерации предусмотрена послевузовская подготовка) с предоставлением оригинала для сверки;

копия диплома о профессиональной переподготовке (при наличии) с предоставлением оригинала для сверки;

копия сертификата специалиста (для медицинских работников, по специальностям которых законодательством Российской Федерации предусмотрена послевузовская подготовка), полученного до 31.12.2020 сроком действия до 31.12.2025 года, с предоставлением оригинала для сверки;

копия свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе (с предоставлением оригинала для сверки) и (или) выписка о прохождении аккредитации. Свидетельство об аккредитации специалиста и выписка о прохождении аккредитации имеют одинаковую юридическую силу при подтверждении факта прохождения лицом аккредитации специалиста. Свидетельство об аккредитации специалиста на бумажном носителе (далее - свидетельство об аккредитации специалиста) и (или) выписка о прохождении аккредитации оформляется на основании данных о прохождении лицом аккредитации специалиста, внесенных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения.

справка из кредитной организации с полными реквизитами банковского счета заявителя, на который подлежит перечисление Выплаты.

2.2. Представленные документы подлежат регистрации в течение 1 рабочего дня со дня их поступления.

Полученные документы передаются на рассмотрение Комиссии в течение 5 рабочих дней со дня их поступления.

3. Порядок назначения меры социальной поддержки

3.1. Для назначения Выплаты в течение 20 (двадцати) календарных дней со дня подачи заявления Комиссия проводит проверку документов на предмет соответствия заявленным требованиям и принимает одно из решений:

о предоставлении Выплаты;

об отказе в предоставлении Выплаты.

3.2. Основаниями для отказа в предоставлении Выплаты являются:

несоответствие требованиям, предъявляемым к заявителю, указанным в пункте 1.2 настоящего Порядка;

непредставление или представление заявителем не в полном объеме документов, указанных в пункте 2.1 настоящего Порядка;

недоверенность сведений, содержащихся в представленных документах.

3.3 Решение Комиссии оформляется протоколом, который передается в отдел координации деятельности социальной сферы администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края.

3.4. О принятом решении заявитель письменно уведомляется начальником отдела координации деятельности социальной сферы

администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края в течение 5 рабочих дней со дня принятия решения Комиссией.

3.5. В случае принятия решения Комиссией о предоставлении заявителю Выплаты главным специалистом отдела координации деятельности социальной сферы администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края в течение 5 рабочих дней осуществляется подготовка проекта распоряжения администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края.

3.6. Общий срок согласования и подписания распоряжения администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края о предоставлении Выплаты составляет 5 рабочих дней.

3.7. Начальником отдела координации деятельности социальной сферы в течение 3 рабочих дней со дня подписания распоряжения администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края о предоставлении заявителю Выплаты подготавливается проект договора по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку, который подписывается всеми сторонами и направляется заявителю в течение 5 дней со дня подготовки проекта.

3.8. Договором предусматривается обязанность врача-специалиста проработать в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края не менее 5 лет со дня его заключения.

3.7. Предоставление Выплаты осуществляется путем перечисления денежных средств со счета администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края на банковский счет врача-специалиста в течение 30 календарных дней со дня принятия положительного решения Комиссией.

4. Организация работы комиссии по предоставлению единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, впервые трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края

4.1. Состав комиссии по предоставлению единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским образованием, впервые трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края утверждается постановлением администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края (далее – Комиссия).

3.2. Основные функции Комиссии:

рассмотрение заявлений медицинских работников с высшим медицинским образованием, впервые трудоустроившихся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, обратившихся по вопросу предоставления Выплаты;

принятие решения о предоставлении Выплаты.

3.3. Комиссию возглавляет председатель, который несёт ответственность за её работу, а в случае его отсутствия – его заместитель.

3.4. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости. В случае отсутствия заявлений, заседания комиссии не проводятся.

3.5. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нём присутствуют более половины из состава Комиссии.

3.6. Комиссия рассматривает предоставленные документы без заявителя.

3.7. Решение Комиссии оформляется протоколом заседания Комиссии.

3.8. Решения принимаются простым большинством голосов присутствующих на заседании членов Комиссии путём открытого голосования.

3.9. Результатом рассмотрения заявления о предоставлении Выплаты является:

распоряжение администрации муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края о предоставлении единовременной выплаты;

уведомление о мотивированном отказе в предоставлении единовременной выплаты.

3.10. Секретарь Комиссии обеспечивает проведение заседаний, в том числе готовит совместно с членами Комиссии необходимые документы, оформляет протокол, ведет делопроизводство.

3.11. В случае отсутствия секретаря Комиссии председательствующий на заседании Комиссии назначает секретаря Комиссии из членов Комиссии.

Заместитель главы администрации
муниципального образования
Лабинский муниципальный район
Краснодарского края

Н.Е. Маршалко

Приложение 1
к Порядку предоставления
дополнительной меры социальной
поддержки в виде единовременной
выплаты медицинским работникам
с высшим медицинским
образованием, впервые
трудоустроившимся в ГБУЗ
«Лабинская центральная районная
больница» министерства
здравоохранения Краснодарского
края

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в виде
единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским
образованием, впервые трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная
районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
паспорт серии _____ № _____, выдан _____
(дата и место выдачи)
проживающий (ая) по адресу: _____

(указывается почтовый адрес места жительства и место фактического пребывания)
прошу предоставить мне единовременную выплату в сумме
_____ (_____) рублей.

К заявлению прилагаются следующие документы:

- 1) _____;
(наименование, дата и номер документа, кем выдан)
- 2) _____;
(наименование, дата и номер документа, кем выдан)
- 3) _____;
(наименование, дата и номер документа, кем выдан)
- 4) _____;
(наименование, дата и номер документа, кем выдан)
- 5) _____;
(наименование, дата и номер документа, кем выдан)
- 6) _____;
(наименование, дата и номер документа, кем выдан)
- 7) _____;
(наименование, дата и номер документа, кем выдан)
- 8) _____;
(наименование, дата и номер документа, кем выдан)
- 9) _____.
(наименование, дата и номер документа, кем выдан)

Единовременную выплату в сумме _____
(_____) рублей прошу перечислить в

(наименование кредитной организации)

на лицевой счет _____.

Подтверждаю, что сведения, содержащиеся в настоящем заявлении, являются верными и точными на нижеуказанную дату.

Дата _____

Подпись заявителя _____

Паспортные данные сверены с
оригиналом документа,
удостоверяющего личность

(подпись специалиста,
принявшего заявление)

Заместитель главы администрации
муниципального образования
Лабинский муниципальный район
Краснодарского края



Н.Е. Маршалко

Приложение 2
к Порядку предоставления
дополнительной меры социальной
поддержки в виде единовременной
выплаты медицинским работникам
с высшим медицинским
образованием, впервые
трудоустроившимся в ГБУЗ
«Лабинская центральная районная
больница» министерства
здравоохранения Краснодарского
края

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____
(ФИО полностью)

в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г.
№ 152-ФЗ «О персональных данных», зарегистрированный(ая) по адресу:

_____,
проживающий(ая) по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____ № _____ кем и когда выдан _____

в целях получения единовременной выплаты даю свое согласие администрации
муниципального образования Лабинский муниципальный район
Краснодарского края на автоматизированную, а также без использования
средств автоматизации обработку своих персональных данных (фамилия, имя,
отчество, год, месяц, число и место рождения, адрес местожительства), включая
сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,
изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение
персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня отзыва в
письменной форме.

«_____» 20 _____ г.

_____/_____/

Заместитель главы администрации
муниципального образования
Лабинский муниципальный район
Краснодарского края



Н.Е. Маршалко

Приложение 3

к Порядку предоставления
дополнительной меры социальной
поддержки в виде единовременной
выплаты медицинским работникам с
высшим медицинским образованием,
впервые трудоустроившимся в ГБУЗ
«Лабинская центральная районная
больница» министерства
здравоохранения Краснодарского края

ДОГОВОР

о предоставлении дополнительной меры социальной поддержки в виде
единовременной выплаты медицинским работникам с высшим медицинским
образованием, впервые трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная
районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края

г. Лабинск

«__» _____ 20__ года

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

зарегистрирован (зарегистрирована) по адресу: _____

ИНН _____ (далее – Врач-специалист),

с одной стороны, _____
(наименование учреждения здравоохранения)

(далее - Учреждение) в лице руководителя Учреждения _____

(должность, фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава Учреждения, со второй стороны, и
администрация муниципального образования Лабинский муниципальный район
Краснодарского края (далее – администрация) в лице

(фамилия, имя, отчество)

действующего на основании Устава, с третьей стороны (далее – Стороны),
заключили настоящий договор о следующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Предметом настоящего договора является предоставление дополнительной меры социальной поддержки в виде единовременной выплаты (далее – Выплата) в сумме _____ (_____) рублей медицинским работникам с высшим медицинским образованием, впервые трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, заключившим трудовой договор на неопределенный срок с ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством Российской Федерации для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором.

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Врач-специалист обязуется:

2.1.1. Работать в течение пяти лет со дня заключения настоящего договора в Учреждении по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников.

2.1.2. Письменно извещать Учреждение и администрацию, не менее чем за две недели до дня прекращения трудового договора о намерении до истечения пяти лет с даты заключения настоящего договора, расторгнуть трудовой договор.

2.1.3. Письменно извещать Учреждение и администрацию в течение двух рабочих дней с даты изменения указанных в настоящем договоре реквизитов банковского счета и (или) почтового адреса.

2.1.4. В случае прекращения трудового договора с Учреждением, оказывающем медицинские услуги на территории муниципального образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края до истечения пяти лет с даты заключения настоящего Договора (за исключением случаев, предусмотренных пунктом 8 части 1 статьи 77, пунктами 1, 2 и 4 части 1 статьи 81, пунктами 1, 2, 5-7 части 1 статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации) вернуть всю сумму Выплаты. Возврат Выплаты осуществляется в течение 15 дней с даты увольнения врача-специалиста на счет администрации (реквизиты для перечисления предоставляются администрацией).

2.1.5. В случае просрочки исполнения обязательства по возврату Выплаты, уплатить проценты за пользование чужими денежными средствами в размере, предусмотренном пунктом 1 статьи 395 Гражданского кодекса Российской Федерации, со дня, когда денежные средства должны быть возвращены, до дня их возврата.

2.2. Учреждение обязуется:

2.2.1. Соблюдать обязательства в соответствии с трудовым договором.

2.2.2. Письменно извещать администрацию о прекращении трудового договора с врачом-специалистом по любым основаниям.

2.2.3. Письменно извещать администрацию о принятии решения о ликвидации, реорганизации Учреждения либо иного решения, влекущего для Учреждения утрату статуса государственного Учреждения, и представлять в администрацию копию решения.

2.2.4. Принимать все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных врача-специалиста при их обработке.

2.3. Администрация обязуется:

2.3.1. Обеспечить предоставление Выплаты путем перечисления указанной суммы на банковский счет врача-специалиста в срок до «___» _____ 20___ года.

2.3.2. В случае невыполнения врачом-специалистом пунктов 2.1.4 и 2.1.5 настоящего договора взыскивать денежные средства в установленном порядке.

2.3.3. Принимать все необходимые меры по обеспечению безопасности персональных данных врача – специалиста при их обработке.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Настоящий договор действует с даты подписания всеми Сторонами и до истечения пяти лет с даты заключения настоящего договора.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

4.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

5. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И АДРЕСА СТОРОН

5.1. Администрация _____

5.2. Учреждение _____

5.3. Врач-специалист _____

(фамилия, имя, отчество)

ИНН _____

паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

место регистрации _____

фактический адрес проживания _____

_____ телефон _____

банковские реквизиты _____

6. ПОДПИСИ И ПЕЧАТИ СТОРОН

Врач – специалист	Учреждение	Администрация
_____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)
_____	_____	_____
(фамилия, инициалы)	(должность, фамилия, инициалы)	(должность, фамилия, инициалы)
	Место печати	Место печати

(подпись)	(фамилия, инициалы)	

Заместитель главы администрации
муниципального образования
Лабинский муниципальный
район Краснодарского края



Н.Е. Маршалко

Приложение 2

УТВЕРЖДЕН

постановлением администрации
муниципального образования
Лабинский муниципальный район
Краснодарского края

от 15.10.2025 № 864

СОСТАВ

**комиссии по предоставлению единовременной выплаты медицинским
работникам с высшим медицинским образованием, впервые
трудоустроившимся в ГБУЗ «Лабинская центральная районная больница»
министерства здравоохранения Краснодарского края**

заместитель главы администрации муниципального образования
Лабинский муниципальный район Краснодарского края (вопросы социальной
сферы) или должностное лицо его замещающее, председатель комиссии;

заместитель главы администрации муниципального образования
Лабинский муниципальный район Краснодарского края (вопросы экономики и
финансов) или должностное лицо его замещающее, заместитель председателя
комиссии;

главный специалист отдела координации деятельности социальной сферы
администрации муниципального образования Лабинский муниципальный
район Краснодарского края, секретарь комиссии.

Члены комиссии:

заместитель главы администрации муниципального образования
Лабинский муниципальный район Краснодарского края (вопросы контроля,
противодействия коррупции, правовой и кадровой работы) или должностное
лицо его замещающее;

начальник финансового управления администрации муниципального
образования Лабинский муниципальный район Краснодарского края или лицо,
его замещающее;

главный врач государственного бюджетного учреждения
здравоохранения «Лабинская центральная районная больница» министерства
здравоохранения Краснодарского края (по согласованию).

Заместитель главы администрации
муниципального образования
Лабинский муниципальный
район Краснодарского края

Н.Е. Маршалко