Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

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 краяот 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](#P34) 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 краяот 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](#P135) о предоставлении компенсации (далее - заявление) по форме согласно приложению N 1 к Порядку.

К заявлению прилагаются [согласие](#P227) 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](#P52) 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](#P52) 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](#P55) 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](#P74) 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](#P74) Порядка, в установленный в нем срок.

3.2. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты окончания срока, установленного [пунктом 2.9](#P74) Порядка, направляет в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения письменное уведомление о непредставлении получателем документов, указанных в [пункте 2.9](#P74) 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](#P74) Порядка.

Медицинская организация в течение 5 рабочих дней с даты представления получателем документов, указанных в [пункте 2.9](#P74) 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.