|  |  |
| --- | --- |
| Об утверждении Порядка выплаты медицинским работникам государственных организаций здравоохранения Ленинградской области, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19), и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) компенсации стоимости проезда по территории Ленинградской области, Санкт-Петербурга на общественном транспорте от места жительства к месту работы и обратно |  |

Во исполнение пункта 1.1 постановления Правительства Ленинградской области от 3 апреля 2020 года № 171 «О реализации Указа Президента Российской Федерации от 2 апреля 2020 года № 239» приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок выплаты медицинским работникам государственных организаций здравоохранения Ленинградской области, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19), и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) компенсации стоимости проезда по территории Ленинградской области, Санкт-Петербурга на общественном транспорте от места жительства к месту работы и обратно.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Ленинградской области Власова Е.Г.

 3. Настоящий приказ вступает в силу с даты официального опубликования и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 года.

Председатель Комитета С.В.Вылегжанин

Утвержден

 приказом Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Приложение)

ПОРЯДОК

выплаты медицинским работникам государственных организаций здравоохранения Ленинградской области, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19), и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) компенсации стоимости проезда по территории Ленинградской области, Санкт-Петербурга на общественном транспорте от места жительства к месту работы и обратно

1. Настоящий Порядок устанавливает механизм и условия выплаты медицинским работникам государственных организаций здравоохранения Ленинградской области, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19), и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), компенсации стоимости проезда по территории Ленинградской области, Санкт-Петербурга на общественном транспорте от места жительства к месту работы и обратно (далее – выплата компенсации).

2. Выплата компенсации в размере не более 2000 рублей в месяц за проезд по территории Ленинградской области, Санкт-Петербурга на общественном транспорте от места жительства к месту работы и обратно медицинским работникам государственных организаций здравоохранения Ленинградской области, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19), и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (далее - компенсация стоимости проезда) производится медицинскими организациями за период апрель-июнь 2020 года.

3. Финансирование расходов на выплату компенсации за проезд по территории Ленинградской области, Санкт-Петербурга на общественном транспорте от места жительства к месту работы и обратно медицинским работникам государственных организаций здравоохранения Ленинградской области, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19), и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) осуществляется за счет средств, предусмотренных в областном бюджете Ленинградской области по соответствующей целевой статье расходов.

4. Выплата компенсации производится медицинской организацией - работодателем медицинского работника (далее – медицинская организация) ежемесячно в размере фактически произведенных получателем компенсации расходов на проезд от места проживания до места работы (туда) и от места работы до места проживания (обратно).

Выплата компенсации производится с учетом фактически отработанного времени по табелю учета рабочего времени.

Выплата компенсации производится ежемесячно путем перечисления медицинской организацией денежных средств на расчетные счета медицинских работников, открытые в кредитных организациях, в сумме произведенных затрат на проезд, подтвержденных соответствующими проездными документами, но не более 2000,0 рублей в месяц.

5. Выплата компенсации производится на основании следующих документов:

1) заявление на выплату компенсации стоимости проезда по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку (при первом обращении),

2) копия паспорта с указанием места жительства (регистрации) (в случае если место жительства не совпадает с местом регистрации – справка с места жительства, подтверждающая проживание работника),

3) проездные документы, подтверждающие проезд, - ежемесячно;

4) маршрутный лист по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку - ежемесячно

5) номер счета и банковские реквизиты кредитной организации для перечисления компенсации стоимости проезда (при первом обращении).

6. В течение пяти рабочих дней со дня представления документов, указанных в пункте 5 настоящего Порядка, медицинская организация осуществляет их проверку на соответствие условиям и требованиям, установленным Порядком.

7. В случае соответствия представленных документов условиям и требованиям, установленным пунктами 2 и 5 настоящего Порядка, медицинская организация в срок до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, оформляет реестр выплаты компенсаций стоимости проезда (туда и обратно) на всех видах транспорта общего пользования по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку.

8. В случае несоответствия уведомляет получателей компенсации о выявленном несоответствии.

Устранение указанного несоответствия осуществляется путем представления недостающих и(или) надлежаще оформленных документов для осуществления проверки в порядке, определенном пунктом 5 настоящего Порядка.

9. В срок до 25-го числа месяца, следующего за отчетным, медицинская организация осуществляет перечисление компенсации стоимости проезда в сумме фактически произведенных расходов на расчетный счет получателя компенсации.

10. Контроль за организацией выплаты компенсации стоимости проезда возлагается на руководителя медицинской организации. Руководитель медицинской организации несет персональную ответственность за организацию выплаты компенсации стоимости проезда, а также за законность и обоснованность выплаты.

11. Медицинская организация обеспечивает сохранность документов, касающихся получения медицинскими работниками выплаты компенсации стоимости проезда, в течение не менее трех лет после окончания срока выплаты компенсации.

12. Финансовые средства, не использованные по объективным причинам на выплату компенсации стоимости проезда, подлежат возврату в областной бюджет Ленинградской области.

ПРИЛОЖЕНИЕ N 1

к Порядку

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В |  |
|  | от |  |
|  |  |  |
|  | Дата рождения "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. |
|  | Место регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Телефон |  |
|  | Паспорт: серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Дата выдачи |  |
|  | Место выдачи |  |
|  |  |
|  |  |
| ЗАЯВЛЕНИЕна выплату компенсации стоимости проезда |
| Прошу выплатить компенсацию за проезд к месту работы и обратно. К заявлению прилагаю:1) проездные документы;2) реквизиты счета (при первом обращении).3) копия паспорта с указанием места жительства (регистрации) (в случае если место жительства не совпадает с местом регистрации – справка с места жительства, подтверждающая проживание работника)4) маршрутный листДенежные средства прошу перечислить на расчетный счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку моих персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии) с целью получения государственных услуг в сфере социальной защиты населения, а именно: сбор, использование, систематизацию, передачу, накопление, блокирование, хранение, уничтожение (обновление, изменение), распространение, в том числе передачу третьим лицам: федеральным органам исполнительной власти и их территориальным органам, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственным им государственным учреждениям, органам местного самоуправления и подведомственным им муниципальным учреждениям и другим организациям, учреждениям и ведомствам, участвующим в предоставлении государственных и муниципальных услуг, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.Я проинформирован(а), что оператор будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.Настоящее согласие действует до даты его отзыва мною. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года |  | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ПРИЛОЖЕНИЕ N 2

к Порядку

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

МАРШРУТНЫЙ ЛИСТ N

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата поездки | Проездной документ (туда) | Проездной документ (обратно) | Отметка, подпись, печать |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Маршрутный листна сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сдал |  |
|  | (ФИО ответственного лица медицинской организации, дата, подпись, печать) |

|  |  |
| --- | --- |
| Маршрутный лист принял к учету |  |
|  | (ФИО ответственного лица уполномоченной организации, дата, подпись, печать) |