Утверждаю

 Порядок к решению Совета депутатов

городского округа Павловский Посад

Московской области

 от «30» июня 2021г. № 537/76

**Порядок и условия предоставления частичной компенсации**

**расходов за наем жилых помещений медицинским кадрам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения Московской области,**

расположенных на территории городского округа Павловский Посад

**1. Основные положения**

1.1. Настоящий Порядок и условия предоставления частичной компенсации расходов за наем жилых помещений медицинским кадрам, работающим в государственных учреждениях здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Павловский Посад (далее - Порядок) разработан в соответствии со статьей 160 Жилищного кодекса Российской Федерации, статьей 20 Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Уставом городского округа Павловский Посад Московской области и определяет порядок предоставления и частичной компенсации расходов за наем жилых помещений (далее – компенсация) медицинским кадрам,работающим в государственных учреждениях здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Павловский Посад через уполномоченный орган Администрации городского округа Павловский Посад Московской области.

1.2. Компенсация предоставляется следующим категориям граждан:

- врачам, привлекаемым для обслуживания населения городского округа Павловский Посад в государственных медицинских учреждениях городского округа Павловский Посад Московской области;

- медицинскому персоналу Павлово-Посадской подстанции скорой медицинской помощи ГБУЗ МО «МОССМП»;

 у которых отсутствует в собственности или пользовании (по договору социального найма или по договору найма специализированного жилого помещения) жилое помещение на территории городского округа Павловский Посад Московской области или необеспеченных жилым помещением в соответствии с требованиями статьи 51 Жилищного кодекса Российской Федерации (далее – получатель компенсации).

**2. Порядок предоставления компенсации.**

2.1. Компенсация предоставляется на срок действия договора найма жилого помещения, но не более чем на 1 календарный год.

2.2. Для получения компенсации заявитель представляет следующие документы:

- заявление о предоставлении компенсации в адрес Администрации городского округа Павловский Посад Московской области (приложение №1);

- ходатайство учреждения здравоохранения о предоставлении компенсации медицинскому работнику;

- документы, удостоверяющие личность получателя компенсации и членов его семьи;

- документы подтверждающие родство с лицами, заявлеными членами семьи (супруг, супруга, дети) (свидетельство о браке, свидетельство о рождении) (копия, заверенная и скрепленная печатью медицинской организации – работадателем медицинских работников, претендующих на право получения компенсации);

- копия лицевого счета по месту регистрации получателя компенсации;

- выписка из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним об отсутствии/наличии в собственности заявителя и членов его семьи жилого помещения на территории городского округа Павловский Посад Московской области;

- договор найма жилого помещения, заключенный получателем компенсации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- заверенная копия трудовой книжки;

- заверенная копия трудового договора;

- СНИЛС на всех членов семьи;

- ИНН получателя компенсации;

- расписка к договору найма жилого помещения (ежемесячно) (приложение №2);

- реквизиты банковского счета для зачисления компенсации.

2.3. Решение о предоставлении компенсации или отказе принимается в течении 30 календарных дней со дня подачи документов, указанных в пункте 2.2 настоящего Порядка.

2.4. Выплата компенсации производится со дня подачи заявления на основании Постановления Администрации городского округа Павловский Посад Московской области. Компенсация за неполный месяц проживания производится пропорционально числу дней проживания.

2.5. Компенсация выплачивается в сумме фактически произведенных расходов по договору найма жилого помещения, но не более 10 000 (десять тысяч) рублей.

2.6. Компенсация предоставляется в безналичной форме.

2.7. Перечисление компенсации производится ежемесячно в срок до 20 числа месяца, следующего за расчетным, по реквизитам, указанным в заявлении получателя.

**3. Источники средств, направляемых на выплату**

**компенсаций**

 3.1 Компенсация медицинским кадрам по найму жилых помещений производится в пределах средств, предусмотренных в бюджете городского округа Павловский Посад Московской области на текущий финансовый год.

**4. Ответственность получателя компенсации.**

 4.1. Получатель компенсации в соответствии с действующим законодательством несет персональную ответственность за достоверность представленных в уполномоченный орган сведений и документов.

**5. Приостановление и прекращение выплаты**

**компенсации.**

5.1. Основанием для отказа в предоставлении компенсации являются:

- непредоставление (предоставление не в полном объеме) медицинским работником документов, перечисленных в пункте 2.2 настоящего Порядка;

- отсутствие у медицинского работника гражданства Российской Федерации;

- работа в медицинских организациях городского округа Павловский Посад Московской области не является основным местом работы по трудовому договору;

- в случае, если у работника и членов его семьи имеются в собственности жилые помещения, расположенные на территории городского округа Павловский Посад Московской области;

- в случае, если у работника и членов его семьи имеется постоянная регистрация на территории городского округа Павловский Посад Московской области;

- в случае заключения медицинским работником договора найма (поднайма) жилого помещения с его близкими родственниками (муж, жена, родные брат, сестра, мать, отец, дети);

- предоставление медицинским работником недостоверных сведений.

5.2. Основанием для прекращения выплаты компенсации являются:

- отказ медицинского работника от получения компенсационной выплаты;

- расторжение трудового договора между медицинской организацией и медицинским работником;

- приобретение (получение) в собственность медицинским работником и (или) членами его семьи (супругом,супругой, детьми) жилых помещений на территории городского округа Павловский Посад Московской области;

- предоставление медицинскому работнику и (или) членам его семьи (супругу,супруге) жилого помещения на условиях договора социального найма или служебного жилого помещения на территории городского округа Павловский Посад Московской области;

- предоставление медицинским работником недостоверных седений;

- расторжение договора найма (поднайма) жилого помещения в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

Выплата компенсации прекращается с 1 (первого) числа месяца, следующего за месяцем, в котором выявлено одно из указанных оснований.

5.3. Медицинский работник, получающий компенсацию, обязан в течении 3 (трех) рабочих дней сообщить в письменной форме в Администрацию городского округа Павловский Посад Московской области об обстоятельствах, влекущих прекращение выплаты компенсации, указанных в п.5.2. Порядка.

5.4. В случае прекращения предоставления компенсации при выявлении факта предоставления медицинским работником недостоверных сведений, выплата компенсации прекращается без права ее возобновления. Необоснованно полученная компенсационная выплата возвращается заявителем в бюджет городского округав Павловский Посад Московской бласти по требованию Администрации в течении 10 дней с даты получения заявителем такого требования с чуказанием оснований для прекращения предоставления компенсации.

В случае отказа от добровольного возврата указанных денежных средств медицинским работником Администрация оставляет за собой право на обращение в суд.

**6. Контроль над использованием средств, предназначенных**

**для предоставления компенсации**

6.1. Контроль над использованием средств, предназначенных для предоставления компенсаций медицинским кадрам в соответствии с настоящим Порядком, осуществляется уполномоченным органом Администрации городского округа Павловский Посад Московской области.

**Приложение № 1**

Главе городского округа Павловский Посад

Московской области

Д.О. Семенову

от гражданина(ки)­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 Телефон:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить компенсацию за найм квартиры, расположенной по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

врачу -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 2**

**РАСПИСКА**

**К ДОГОВОРУ НАЙМА ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ**

**Я, (ф.и.о.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**зарегистрированый(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**получил от гр. (ф.и.о.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**зарегистрированого(ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**деньги в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**в качестве оплаты за наем (аренду) жилого помещения, расположенного по адресу:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Оплачиваемый период (включительно)** | **Сумма в рублях** | **Подпись****наймодателя****(арендодателя)** | **Подпись****нанимателя****(арендатора)** | **Примечания** |
|  | **с** | **по** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |