

**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 края  
от 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](#) 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](http://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 края  
от 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](#) о предоставлении компенсации (далее - заявление) по форме согласно приложению N 1 к Порядку.

К заявлению прилагаются [согласие](#) 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](#) 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](#) 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 ежемесячной 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](#) 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](#) 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](#) Порядка, в установленный в нем срок.

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

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

---