

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении разовой меры социальной поддержки
в виде единовременной денежной компенсации расходов
на переезд из других субъектов Российской Федерации

фамилия, имя, отчество (при наличии)

1. Должность и место работы, _____
наименование занимаемой должности,

наименование медицинской организации

2. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия документа,

кем и когда выдан)

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

4. Контактный телефон _____

До трудоустройства в медицинскую организацию _____

осуществлял трудовую деятельность (и/или (выбрать нужное) завершил обучение по программам высшего или среднего
профессионального образования (выбрать нужное образование))

В _____
(указать субъект РФ)

Подтверждаю, что являюсь получателем: *(выбрать нужное)*:

Выплаты при 1-м трудоустройстве в государственные медицинские организации Калининградской области	
Единовременной денежной выплаты при 1-м трудоустройстве в медицинские организации государственной системы здравоохранения Калининградской области в соответствии с условиями договора о целевом обучении по программам ординатуры	

5. Состав семьи *(указывается в случае предоставления компенсации расходов на переезд членам семьи медицинского работника)*

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Степень родства	Пол	Реквизиты документа, удостоверяющего личность (номер, серия, кем и когда выдано (номер, дата и место выдачи)	Число, месяц, год и место рождения
1					
2					
3					
4					

Прошу предоставить мне меру социальной поддержки в виде единовременной денежной компенсации расходов на переезд из другого субъекта Российской Федерации, в размере: _____ (_____) рублей, включающей возмещение следующих затрат:

№ п/п	Наименование документа, подтверждающего расходы на оплату проезда и провоза имущества (билет, оформленный на бланке, заверенную выписку из автоматизированной информационной системы управления транспортной организации, электронный билет, содержащие сведения о пассажире, стоимости и маршруте проезда, форму оплаты и сведения об оплате затрат, связанных с проездом, багажную квитанцию, грузовую накладную, почтовую накладную, содержащие сведения об отправителе, стоимости и маршруте провоза груза, форму оплаты и сведения об оплате затрат, связанных с провозом груза	Сумма
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Подтверждаю, что компенсацию по данным расходам я или члены моей семьи (указанные в п.5 заявления), ранее не получали _____ / _____
(подпись заявителя) (расшифровка)

К заявлению прилагаю следующие документы:

№ п/п	Наименование документов	Отметка о предоставлении («+», «-»)
1	документы, удостоверяющие личность медицинского работника и членов его семьи (в случае их переезда)	
2	согласие на обработку персональных данных медицинского работника и членов его семьи (в случае их переезда)	
3	документы, подтверждающие изменение (в случае изменения) фамилии, имени, отчества медицинского работника	
4	реквизиты счета, открытого в кредитной организации Российской Федерации	
5	заверенную учреждением копию трудовой книжки медицинского работника или основную информацию о трудовой деятельности и трудовом стаже медицинского работника, формируемую в соответствии со статьей 66.1 Трудового кодекса Российской Федерации	
6	копия трудового договора с медицинской организацией, дополнительного соглашения (при наличии кадрового перевода) заявителя*	
7	оригиналы документов, подтверждающих расходы на оплату проезда и провоза имущества	
8	копии документов, подтверждающие мои родственные отношения и лиц, указанных в качестве членов моей семьи (свидетельства о заключении брака, о рождении детей)*	

*данные документы предоставляются совместно с оригиналами

Подтверждаю, что сведения, представленные мной, точны и исчерпывающи, и осознаю, что за представление ложных сведений несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

«__» _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись заявителя) (расшифровка)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам. Копии представленных документов сверены с оригиналами, соответствуют им.

Заявление и документы гражданки (гражданина) _____ зарегистрированы _____
(регистрационный номер заявления)

Принял

«__» _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись специалиста МИАЦ) (расшифровка)