УТВЕРЖДЁН

постановлением Администрации

городского округа Домодедово

от 18.07.2019 № 1520

**ПОРЯДОК**

**предоставления частичной компенсации расходов на оплату аренды (найма) жилого  
помещения медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения, расположенных на территории городского округа Домодедово Московской области**

1. **Общие положения**

1.1 Настоящий Порядок устанавливает порядок и условия предоставления частичной компенсации расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения (далее-частичная компенсация) медицинским работникам, замещающим должности, указанные в пункте 1.2 настоящего Порядка, в Южном филиале ГБУЗ МО «Московская областная станция скорой медицинской помощи» Домодедовская подстанция, ГБУЗ МО «Домодедовская центральная городская больница», ГБУЗ МО «Домодедовский противотуберкулезный диспансер», ГАУЗ МО «Домодедовская городская стоматологическая поликлиника» в рамках реализации муниципальной программы городского округа Домодедово «Социальная защита населения городского округа Домодедово на 2017-2021 годы», утвержденной постановлением Администрации городского округа от 25.11.2016г. №3775 (далее - Программа).

1.2. В Порядке используются следующие понятия и термины:

**Медицинский работник –** Медицинский работник **–** физическое лицо, которое имеет медицинское образование, замещает в полном объеме штатную должность врача, фельдшера в Южном филиале ГБУЗ МО «Московская областная станция скорой медицинской помощи» Домодедовская подстанция; фельдшера, врача, руководящих работников (заместители главного врача, руководители отделений) привлекаемых для работы в структурные подразделения ГБУЗ МО «ДЦГБ»; врача-фтизиатра участкового ГБУЗ МО «Домодедовский противотуберкулезный диспансер»; врача-стоматолога детского и хирурга-стоматолога ГАУЗ МО «Домодедовская городская стоматологическая поликлиника» и в трудовые (должностные) обязанности которых входит осуществление медицинской деятельности, а также молодые ученые, привлекаемые для работы с целью внедрения новых технологий, методов и методик диагностики и лечения, для организации новых структурных подразделений ГБУЗ МО «ДЦГБ»;

**Жилое помещение** — изолированное помещение, которое является недвижимым имуществом и пригодно для постоянного проживания граждан (отвечает установленным санитарным и техническим правилам и нормам, иным требованиям законодательства) и расположено на территории городского округа Домодедово: жилой дом, квартира, часть жилого дома или квартиры (комната);

**Частичная компенсация расходов по арендной плате** – частичное возмещение медицинскому работнику затрат на оплату аренды (найма) жилого помещения по договору аренды (найма) жилого помещения;

**Работодател**ь - государственные бюджетные учреждения здравоохранения Московской области «Московская областная станция скорой медицинской помощи» Домодедовская подстанция, «Домодедовская центральная городская больница», «Домодедовский противотуберкулезный диспансер»; государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Домодедовская городская стоматологическая поликлиника»;

1.3. Для заключения договора о предоставлении частичной компенсации медицинский работник, указанный в пункте 1.2 настоящего Порядка, обращается в Администрацию городского округа Домодедово с заявлением о предоставлении частичной компенсации по форме согласно Приложению №1 к настоящему Порядку (далее – заявление).

Частичная компенсация предоставляется ежемесячно на основании договора о предоставлении частичной компенсации расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения по форме согласно Приложению №2 к настоящему Порядку (далее - договор о предоставлении частичной компенсации) в размере 20 тысяч рублей в месяц, но не более суммы арендной платы, предусмотренной договором аренды (найма) жилого помещения.

Частичная компенсация расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения медицинскому работнику государственного учреждения здравоохранения, расположенного на территории городского округа Домодедово Московской области, производится за счет средств, предусмотренных в бюджете городского округа Домодедово.

**Размер частичной компенсации может быть изменен в случае изменения лимитов бюджетных ассигнований на указанные цели в бюджете городского округа Домодедово на соответствующий финансовый год.**

**Для целей налогообложения частичная компенсация расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения представляет собой доход в денежной форме и включается в налоговую базу по налогу на доходы с физических лиц (НДФЛ) (п.1 ст. 210 Налогового кодекса Российской Федерации), который медицинский работник уплачивает самостоятельно.**

**2.** **Условия и порядок заключения договора о предоставлении частичной компенсации**

2.1. Право на заключение договора о предоставлении частичной компенсации имеют заявители, прибывшие из других муниципальных образований Московской области, субъектов Российской Федерации или иностранных государств в период действия Программы и работающие на условиях трудовых договоров в ГБУЗ МО «Домодедовская центральная городская больница», Южном филиале ГБУЗ МО «Московская областная станция скорой медицинской помощи» Домодедовская подстанция, ГБУЗ МО «Домодедовский противотуберкулезный диспансер», ГАУЗ МО «Домодедовская городская стоматологическая поликлиника», не являющиеся нанимателями жилых помещений, расположенных на территории городского округа Домодедово, по договорам социального найма или по договорам найма специализированного жилого помещения, расположенного на территории городского округа Домодедово, заключившие договор аренды (найма) жилого помещения, расположенного на территории городского округа Домодедово, при условии отсутствия у них и проживающих совместно с ними членов их семей в собственности жилых помещений, расположенных на территории городского округа Домодедово, и соответствующие следующим критериям:

2.1.1. наличие высшего или среднего профессионального медицинского образования,

2.1.2. трудовой договор заключен в период действия Программы по основному месту работы на замещение должности, на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной законодательством для данной категории работников, не менее чем на одну ставку.

2.2. Для заключения договора о предоставлении частичной компенсации заявитель должен представить следующие документы:

2.2.1. ходатайство Работодателя о предоставлении частичной компенсации заявителю;

2.2.2. копии документов, удостоверяющих личность заявителя и проживающих совместно с ним членов его семьи (к членам семьи относятся: родители, супруг (супруга), дети, родители и дети супруга (супруги) – далее члены его семьи) с предъявлением подлинников;

2.2.3. справку органа, осуществляющего государственную регистрацию прав на недвижимое имущество и сделок с ним, об отсутствии в собственности заявителя и проживающих совместно с ним членов его семьи жилых помещений, расположенных на территории городского округа Домодедово Московской области;

2.2.4. договор аренды (найма) жилого помещения, расположенного на территории городского округа Домодедово, в котором должны быть указаны проживающие совместно с медицинским работником члены его семьи;

2.2.5. документы, подтверждающие осуществление заявителем оплаты по договору аренды (найма) жилого помещения, указанному в пункте 2.2.4. настоящего Порядка, с предъявлением, подлинника;

2.2.6. реквизиты, банковского счета заявителя для зачисления частичной компенсации;

2.3. В случае непредставления указанных в п.2.2.3. документов, Администрация городского округа Домодедово самостоятельно осуществляет запрос в Управление Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии по Московской области в течение 3-х рабочих дней со дня подачи заявителем документов.

2.4. Комплект документов, указанных в 2.2 настоящего Порядка, предоставляется заявителем для рассмотрения на Комиссии по отбору лиц для предоставления частичной компенсации расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения, расположенных на территории городского округа Домодедово Московской области (далее – Комиссия).

2.5. Комиссия создается постановлением Администрации городского округа Домодедово в составе председателя, заместителя председателя, секретаря и членов комиссии.

Председатель комиссии осуществляет общее руководство комиссией, определяет дату, время, место, повестку заседания комиссии, ведет заседание комиссии, подписывает протоколы заседаний комиссии, а также иные документы в рамках полномочий комиссии.

Заместитель председателя комиссии исполняет обязанности члена комиссии, а в случае временного отсутствия председателя комиссии исполняет обязанности председателя комиссии.

Секретарь комиссии оповещает членов комиссии о предстоящем заседании, знакомит их с документами, поступившими в комиссию, ведет протокол заседания.

Заседание комиссии правомочно, если на нем присутствуют не менее половины членов комиссии от утвержденного состава.

Ведет заседание председатель комиссии, а в случае его временного отсутствия заместитель председателя комиссии или член комиссии, а в случае отсутствия заместителя председателя комиссии член комиссии, избранный простым большинством голосов присутствующих на заседании членов комиссии.

Решение комиссии принимается открытым голосованием, простым большинством от присутствующих на заседании членов комиссии. В случае равенства голосов голос председателя комиссии является решающим.

Решения комиссии оформляются в виде протокола заседания комиссии. Протокол заседания комиссии подписывается председателем комиссии, а в случае его временного отсутствия заместителем председателя комиссии, а в случае отсутствия заместителя председателя комиссии членом комиссии, избранным простым большинством голосов присутствующих на заседании членов комиссии.

2.5. Решение о заключении с медицинским работником договора о предоставлении частичной компенсации или решение об отказе в заключение такого договора принимается на заседании Комиссии по итогам рассмотрения представленных заявителем документов, в течение 20 рабочих дней со дня подачи заявителем документов, указанных в пункте 2.2 настоящего Порядка, и в течение 5 дней со дня его принятия направляется заявителю.

В случае направления запроса в Управление Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии по Московской области указанное решение принимается в течение трех рабочих дней с даты получения ответа на запрос.

2.6. Основаниями для отказа заявителю в заключении договора о предоставлении частичной компенсации расходов на аренду (найм) жилого помещения являются:

1) участие заявителя в аналогичных мероприятиях федеральных, региональных, муниципальных программ иных муниципальных образований;

2) заключение заявителем договора аренды (найма) жилого помещения с близким родственником заявителя (родителями, детьми, родителями или детьми супруга (супруги));

3) наличие заключенного договора о предоставлении частичной компенсации расходов на аренду (найм) жилого помещения в рамках реализации Программы с совместно проживающим с заявителем членом семьи;

4) несоответствие заявителя условиям, указанным в пунктах 1.2, 2.1 настоящего Порядка;

5) непредставление заявителем полностью или представление части документов, указанных в пункте 2.2 настоящего Порядка (за исключением документов предусмотренных п.2.2.3 настоящего Порядка);

6) отсутствие утвержденных лимитов бюджетных ассигнований в бюджете городского округа Домодедово на предоставление частичной компенсации расходов на аренду (найм) жилого помещения медицинским работникам;

7) представление заявителем недостоверных сведений.

2.7. Договор о предоставлении частичной компенсации заключается на основании решение Комиссии о заключении с медицинским работником договора о предоставлении частичной компенсации.

Договором о предоставлении частичной компенсации устанавливаются права, обязанности и ответственность сторон, предусматривается порядок и условия изменения, расторжения договора и основания прекращения предоставления частичной компенсации заявителю.

2.8.Право на заключение договора о частичной компенсации возникает у медицинского работника по истечению 3-х месяцев с даты принятия на работу к Работодателю, указанному в пункте 1.2 настоящего Порядка, если нет оснований для отказа в заключение такого договора, предусмотренных пунктом 2.6 настоящего Порядка.

2.9. Право на выплату частичной компенсации расходов возникает у медицинского работника с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором заключен договор о предоставлении частичной компенсации.

2.10. Частичная компенсация расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения выплачивается не более 3-х лет с даты первой выплаты частичной компенсации.

2.11. Предоставление частичной компенсации осуществляется Администрацией городского округа Домодедово ежемесячно в сроки, предусмотренные договором о предоставлении частичной компенсации, и на основании документов, подтверждающих осуществление заявителем оплаты по договору аренды жилого помещения.

2.12. Основаниями для расторжения договора о предоставлении частичной компенсации медицинскому работнику являются:

1) добровольный отказ заявителя от предоставления частичной компенсации;

2) прекращение или расторжение трудового договора с медицинским работником;

3) прекращение или расторжение договора аренды (найма) жилого помещения;

4) приобретение медицинским работником и (или) совместно проживающими с ним членами его семьи жилого помещения на праве собственности на территории городского округа Домодедово Московской области;

5) предоставление заявителю жилого помещения по договорам социального найма, найма специализированного жилого помещения, коммерческого найма муниципального жилого помещения на территории городского округа Домодедово Московской области;

6) в случае отказа заявителя от предоставленного специализированного жилого помещения на территории городского округа Домодедово Московской области, отвечающего установленным санитарным и техническим правилам и нормам;

7) представление заявителем заведомо искаженной информации для получения частичной компенсации;

8) отсутствие документов, подтверждающих оплату по договору аренды (найма) жилого помещения, представляемых заявителемежемесячно.

2.13. Комиссиявправе проверять подлинность представленных заявителем документов, полноту и достоверность содержащихся в них сведений.

2.14. В случае возникновения обстоятельств, являющихся основаниями для расторжения договора о предоставлении частичной компенсации в соответствии с п. 2.12 настоящего Порядка, заявитель должен незамедлительно уведомить об этом Администрацию городского округа Домодедово. При невыполнении данной обязанности, повлекшем необоснованные расходы бюджета городского округа Домодедово, заявитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

Приложение №1

К Порядкупредоставления частичной компенсации

расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения  
медицинским работникам государственных учреждений

здравоохранения, расположенных на территории

городского округа Домодедово Московской области,

утвержденному постановлением Администрации

городского округа Домодедово

от 18.07.2019 № 1520

Главе городского округа Домодедово

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

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Фамилия Имя Отчество)

проживающей (его) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне компенсацию расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения по договору аренды (найма) жилого помещения в рамках реализации муниципальной программы городского округа городского округа Домодедово «Социальная защита населения городского округа Домодедово на 2017-2021 годы», утвержденной постановлением Администрации городского округа от 25.11.2016г. №3775.

Компенсацию расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения прошу перечислять ежемесячно на расчетный счет

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название и реквизиты финансовой организации, в которой открыт расчетный счет)

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

Даю согласие в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных в целях предоставления частичной компенсации арендной платы, а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями, представленными мной.

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

(дата) (подпись)

Приложение №2

К Порядкупредоставления частичной компенсации

расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения  
медицинским работникам государственных учреждений

здравоохранения, расположенных на территории

городского округа Домодедово Московской области,

утвержденному постановлением Администрации

городского округа Домодедово

от 18.07.2019 № 1520

**ТИПОВАЯ ФОРМА**

**ДОГОВОР**

**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЧАСТИЧНОЙ КОМПЕНСАЦИИ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ АРЕНДЫ (НАЙМА) ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ**

Московская область

г. Домодедово «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**Администрация городского округа Домодедово Московской области** в лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем «Администрация» с одной стороны, и гражданин (ка)\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (полностью), дата рождения)

(название, реквизиты и дата выдачи документа, подтверждающего личность)

(наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность)

зарегистрированный (ая) по адресу:

проживающий (ая) по адресу):

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

именуемый в дальнейшем «Медицинский работник», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1.Предметом настоящего Договора является предоставление Медицинскому работнику,

работающему\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность и название государственного учреждения здравоохранения)

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

частичной компенсации расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения (далее – Компенсация) в рамках реализации муниципальной программы городского округа Домодедово «Социальная защита населения городского округа Домодедово на 2017-2021 годы.», утвержденной постановлением Администрации городского округа от 25.11.2016г. №3775 (далее-Программа).

1.2.Договор заключен в целях привлечения Медицинских работников к работе в медицинских учреждениях городского округа Домодедово.

1.3. Совместно с Медицинским работником в жилом помещении, расположенном по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, занимаемом на основании договора аренды от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживают его члены семьи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(Фамилия, имя, отчество, год рождения, степень родства)

1. **Права и обязанности Сторон**

2.1. Администрация имеет право:

2.1.1. Обеспечивать контроль за целевым, использованием Медицинским работником бюджетных средств, перечисляемых по настоящему Договору;

2.1.2. Проверять достоверность сведений, содержащиеся в представленных Медицинским работником документах;

2.1.3. Приостанавливать ежемесячную выплату компенсации в случае непредставления документов, подтверждающих оплату по договору аренды (найма) жилого помещения, за соответствующий месяц.

2.2. Администрация обязана:

2.2.1. Перечислять Компенсацию Медицинскому работнику в порядке и на условиях предусмотренных настоящим Договором, на расчетный счет, указанный в разделе 8 настоящего Договора.

2.2.2. Уведомлять (письменно) Медицинского работника о приостановлении ежемесячной выплаты Компенсации в соответствии с п. 2.1.3, и возобновлять её перечисление после устранения нарушений;

2.2.3. Прекратить перечисление Компенсации Медицинскому работнику в случае получения информации о наличии оснований для расторжения настоящего Договора, предусмотренных пунктов 4.3 настоящего Договора.

Перечисление компенсации прекращается с даты возникновения обстоятельств, влекущих расторжение настоящего договора. Излишне полученная сумма компенсации подлежит возврату Медицинским работником в сроки и порядке, указанном в уведомлении Администрации о возврате излишне выплаченной суммы компенсации.

2.2.4. Уведомлять (письменно) Медицинского работника о прекращении перечисления компенсации при наличии оснований для расторжения настоящего Договора, предусмотренных пунктом 4.3 настоящего Договора, не позднее пяти рабочих дней с даты получения информации о наличии таких оснований.

2.3. Медицинский работник обязан:

2.3.1. Своевременно предоставлять Администрации информацию, связанную с предоставлением Компенсации.

2.3.2. Ежемесячно до 20 числа месяца, следующего за месяцем, в котором была произведена оплата по договору аренды (найма) жилого помещения, представлять в Администрацию документы, подтверждающие оплату по договору аренды (найма) жилого помещения;

2.3.3. Незамедлительно уведомить Администрацию о возникновении обстоятельств, влекущих расторжение договора в соответствии с п.4.3 настоящего Договора.

2.3.4. Самостоятельно уплачивать налог на доходы с физических лиц (НДФЛ) с полученной компенсации;

2.3.5. В случаях, предусмотренных пунктом 2.2.3 настоящего Договора, вернуть **и**злишне полученную сумму компенсации в сроки и порядке, указанном в уведомлении Администрации о возврате излишне выплаченной суммы компенсации.

1. **Расчёт по Договору**

3.1. Размер арендной платы по договору аренды (найма) жилого помещения от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_жилого помещения, расположенного по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей в месяц.

* 1. Размер компенсации составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, рублей в месяц.

Размер компенсации может быть изменен в случае изменения лимитов бюджетных ассигнований на указанные цели в бюджете городского округа Домодедово на соответствующий финансовый год.

* 1. Перечисление Компенсации производится Администрацией ежемесячно в течение 5 рабочих дней со дня предоставления Медицинским работников документов, подтверждающих оплату по договору аренды (найма) жилого помещения.

3.4. Право на выплату частичной компенсации расходов возникает у Медицинского работника с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором заключен настоящий Договор.

3.5. Частичная компенсация расходов на оплату аренды (найма) жилого помещения выплачивается не более 3-х лет с первой выплаты частичной компенсации.

1. **Срок действия, порядок изменения и расторжения Договора**

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года.

* 1. Изменение условий настоящего Договора, его расторжение и прекращение допускаются по соглашению Сторон.

Вносимые дополнения и изменения оформляются дополнительными соглашениями к настоящему Договору, являющимися его неотъемлемой частью.

4.3. Настоящий Договор подлежит обязательному расторжению по инициативе Администрации в случаях:

1) добровольного отказа заявителя от предоставления частичной компенсации;

2) прекращения или расторжения трудового договора с Медицинским работником;

3) прекращения или расторжения договора аренды (найма) жилого помещения;

4) приобретение медицинским работником и (или) совместно проживающими с ним членами его семьи жилого помещения на праве собственности на территории городского округа Домодедово Московской области;

5)предоставление заявителю жилого помещения по договорам социального найма, найма специализированного жилого помещения, коммерческого найма муниципального жилого помещения на территории городского округа Домодедово Московской области;

6) в случае отказа заявителя от предоставленного специализированного жилого помещения на территории городского округа Домодедово Московской области, отвечающего установленным санитарным и техническим правилам и нормам;

7) представления Медицинским работником недостоверной информации, необходимой для получения Компенсации.

Необоснованно предоставленная Компенсация удерживается в порядке, определенном законодательством.

4.4. Любая из сторон вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке, направив другой стороне письменное уведомление, в срок не позднее 5 дней до предполагаемой даты расторжения.

1. **Ответственность Сторон**

5.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1. **Разрешение споров**

6.1. Стороны решают разногласия, которые могут возникнуть в рамках настоящего договора, путём переговоров.

6.2. В случае, если результат переговоров не будет достигнут, Стороны решают спор в судебном порядке.

6.3. В остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

1. **Заключительные положения**

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

1. **Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Администрация городского округа Домодедово Московской области**  Адрес: 142000, Московская область, г. Домодедово, мкр. Центральный, пл. 30-летия Победы, д.1  Банковские реквизиты: ИНН 5009005122 КПП 500901001  Домодедовское Финуправление (Администрация городского округа Домодедово)  р/с 40204810945250002205  ГУ Банка России по ЦФО,  л/с 03017090172 БИК 044525000  ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  М.П. (подпись) (ФИО) | **Медицинский работник:**  (фамилия)  (имя)  (отчество)  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения  Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Расчетный счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (ФИО) |

»