Приложение

 к постановлению Администрации

городского округа Домодедово

от 12.07.2018 № 1648

«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 14.03.2017 № 729

**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. **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. Прекращать перечисление Компенсации Медицинскому работнику в случаях:

- представления недостоверной информации для получения Компенсации;

- отсутствия документов, подтверждающих оплату по договору аренды (найма) жилого помещения, представляемых Медицинским работником ежемесячно.

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 прекращении перечисления Компенсации в соответствии с п. 2.1.3, и возобновлять её перечисление после устранения нарушений.

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. Отработать не менее 2-х лет в медицинском учреждении городского округа Домодедово и в случае досрочного увольнения возместить затраты за Компенсацию в бюджет городского округа Домодедово в размере арендной платы, предусмотренной договором аренды (найма) жилого помещения за последние 3 месяца.

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.
	2. Перечисление Компенсации производится Администрацией ежемесячно в течение 5 рабочих дней со дня предоставления Медицинским работников документов, подтверждающих оплату по договору аренды (найма) жилого помещения.
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, а также в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

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

4.3.Администрация вправе досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке в случаях:

- расторжения или прекращения трудового договора с Медицинским работником;

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

- приобретения Медицинским работником и членами его семьи жилого помещения, расположенного в городском округе Домодедово на праве собственности;

- предоставления Медицинскому работнику жилого помещения по договору социального найма или найма специализированного жилого помещения, расположенного на территории городского округа Домодедово;

- при повторном отказе заявителя от предоставленного специализированного жилого помещения на территории городского округа Домодедово Московской области, отвечающего установленным санитарным и техническим правилам и нормам;

- представления Медицинским работником недостоверной информации, необходимой для получения Компенсации. В этом случае сумма необоснованно предоставленной Компенсации 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 но 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 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.1Банковские реквизиты: ИНН 5009005122 КПП 500901001Домодедовское 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 рожденияПаспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_Зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расчетный счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(подпись) (ФИО) |

 »