



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

16.06.2023

№31

О внесении изменений в приказ
Департамента здравоохранения Томской области от 16.09.2022 № 47

В целях совершенствования нормативного правового акта
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента здравоохранения Томской области от 16.09.2022 № 47 «Об утверждении Порядка определения объема и условий предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов по обращению взыскания на средства областных государственных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения по исковым требованиям о взыскании задолженности по договорам» (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 19.09.2022, № 7001202209190005) следующие изменения:

1) в пункте 14 Порядка слова «31 декабря 2022 года» заменить словами «31 декабря текущего финансового года»;

2) приложение 3 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

3) приложение 4 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

4) приложение 5 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу;

5) приложение 6 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.01.2023.

Начальник департамента

Р.О. Фидаров



Сайфамлюкова Т.Г

Приложение 1 к приказу
от 16.06.2023 №31

«Приложение № 3
к Порядку определения объема и условий
предоставления субсидии областным
государственным бюджетным и автономным
учреждениям здравоохранения, подведомственным
Департаменту здравоохранения Томской области,
на финансовое обеспечение расходов на
исполнение судебных актов по обращению
взыскания на средства областных государственных
бюджетных и автономных учреждений
здравоохранения по исковым требованиям о
взыскании задолженности по договорам

Форма

Заявка № _____

на перечисление субсидии на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов по
обращению взыскания на средства областных государственных бюджетных и автономных
учреждений здравоохранения по исковым требованиям о взыскании задолженности по договорам

(наименование организации)
по соглашению от _____ 20 ____ года № _____

Наименование расходов, на финансовое обеспечение которых предоставляется субсидия	КФСР, КОСГУ*	Объем субсидии, рублей
Итого:		

Аналитический код субсидии _____

Приложение на _____ листах:

1. ** _____ ;
2. ** _____ .

*КФСР – код функциональной статьи расходов

КОСГУ – классификация операций сектора государственного управления

** Обязательно перечисляются прилагаемые документы, указанные в пункте 15 Порядка определения объема и условия предоставления из областного бюджета субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов по обращению взыскания на средства областных государственных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения по исковым требованиям о взыскании задолженности по договорам.

Руководитель организации

фамилия, имя, отчество

(подпись)

(последнее при наличии)

Руководитель
финансово-экономической службы

фамилия, имя, отчество

(подпись)

(последнее при наличии)

Главный бухгалтер

(подпись)

фамилия, имя, отчество

(последнее при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), номер телефона)».

Приложение 2 к приказу
от 16.06.2023 №31

«Приложение № 4

к Порядку определения объема и условий предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов по обращению взыскания на средства областных государственных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения по исковым требованиям о взыскании задолженности по договорам

Форма

Отчет об осуществлении расходов, источником финансового обеспечения которых является
субсидия

на _____ 20__ г.

(наименование получателя субсидии)
по соглашению от _____ 20__ года № _____

1. Движение средств

№	Наименование показателя	Объем расходов, рублей
1	Объем субсидии	
2	Поступило средств субсидии	
3	Израсходовано средств	
4	Остаток средств субсидии на конец отчетного периода	

2. Сведения о направлении расходов средств субсидии

№	Наименование мероприятия	Предусмотрено бюджетных ассигнований на 20__ г., рублей	Кассовый расход, рублей
Итого			

Руководитель организации

(подпись) фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)

Руководитель
финансово-экономической службы

(подпись) фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)

Главный бухгалтер

(подпись) фамилия, имя, отчество
(последнее при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), номер телефона)».

Приложение 3 к приказу
от 16.06.2023 №31

«Приложение № 5

к Порядку определения объема и условий предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов по обращению взыскания на средства областных государственных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения по исковым требованиям о взыскании задолженности по договорам

Форма

Отчет о достижении результата предоставления субсидии на _____ 20__ г.

(наименование получателя субсидии)
по соглашению от _____ 20__ года № _____

Наименование субсидии	Результат предоставления субсидии (показатель достижения результата предоставления субсидии), единица измерения		
		Плановое значение	Фактическое значение
Субсидия из областного бюджета на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов по обращению взыскания на средства областных государственных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения по исковым требованиям о взыскании задолженности по договорам	Размер задолженности по судебным актам, вступившим в законную силу	0,00	

Руководитель организации

_____ фамилия, имя, отчество
(подпись) (последнее при наличии)

Руководитель
финансово-экономической службы

_____ фамилия, имя, отчество
(подпись) (последнее при наличии)

Главный бухгалтер

_____ фамилия, имя, отчество
(подпись) (последнее при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), номер телефона)».

Приложение 4 к приказу
от 16.06.2023 № 31

«Приложение № 6

к Порядку определения объема и условий предоставления субсидии областным государственным бюджетным и автономным учреждениям здравоохранения, подведомственным Департаменту здравоохранения Томской области, на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов по обращению взыскания на средства областных государственных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения по исковым требованиям о взыскании задолженности по договорам

Форма

Отчет о реализации плана мероприятий по достижению результатов
предоставления субсидии на _____ 20__ г.

(наименование получателя субсидии)
по соглашению от _____ 20__ года № _____

Наименование результата	Наименование показателя	Плановое значение	Фактически достигнутое значение на конец отчетного периода	Дата достижения		Причина отклонений
				плановая (дд.мм.гггг г)	фактическая (дд.мм.гггг)	
1	2	3	4	5	6	7
Отсутствие задолженности по судебным актам, вступившим в законную силу и (или) исполнительным документам	Количество оплаченных судебных актов, вступивших в законную силу, и (или) исполнительных документов по исковым требованиям о взыскании задолженности по договорам					

Руководитель организации

_____ фамилия, имя, отчество
(подпись) (последнее при наличии)

Руководитель
финансово-экономической службы

_____ фамилия, имя, отчество
(подпись) (последнее при наличии)

Главный бухгалтер

_____ фамилия, имя, отчество
(подпись) (последнее при наличии)

Исполнитель (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), номер телефона)».