

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

09 декабря 2025

№1219-осн

О внесении изменения в приказ министерства здравоохранения Тульской области от 31.08.2022 № 1122-осн

В соответствии с постановлением Правительства Тульской области от 24.08.2022 № 546 «Об установлении дополнительной меры социальной поддержки отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Тульской области», на основании Положения о министерстве здравоохранения Тульской области, утвержденного постановлением правительства Тульской области от 11.12.2012 № 698, приказываю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Тульской области от 31.08.2022 № 1122-осн «Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения» (далее — Приказ) следующее изменение:

приложение к Приказу изложить в новой редакции (приложение).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Тульской области Дубровину О.А.

3. Приказ вступает в силу со дня официального опубликования.

Министр здравоохранения
Тульской области



С.И.Мухин

Приложение
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области от 09.12.2025 №1219-осн

Приложение
к приказу министерства здравоохранения
Тульской области от 31.08.2022 №1122-осн

Положение
о порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной
компенсации за наем жилого помещения

1. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления ежемесячной денежной компенсации (далее - Компенсация) за наем жилого помещения отдельным категориям медицинских работников (далее - медицинские работники) государственных учреждений здравоохранения Тульской области, заключившим трудовой договор о работе в государственном учреждении здравоохранения Тульской области о замещении должности, предусмотренной постановлением Правительства Тульской области от 24.08.2022 № 546 «Об установлении дополнительной меры социальной поддержки отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Тульской области», по основному месту работы не менее чем на одну ставку (далее - Положение, Медицинская организация соответственно).

2. Ежемесячная денежная компенсация за наем жилого помещения выплачивается:

1) в случае соответствия медицинского работника одному из следующих условий:

медицинский работник не является нанимателем жилого помещения по договору социального найма или членом семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма, либо собственником жилого помещения или членом семьи собственника жилого помещения;

медицинский работник является нанимателем жилого помещения по договору социального найма или членом семьи нанимателя жилого помещения по договору социального найма, либо собственником жилого помещения или членом семьи собственника жилого помещения, но указанное жилое помещение находится на расстоянии от места осуществления его трудовой деятельности свыше 30 километров;

2) за наем одного жилого помещения, расположенного в населенном пункте по месту осуществления трудовой деятельности, в размере ежемесячной платы, установленной договором найма жилого помещения, заключенного медицинским работником с собственником (собственниками) данного жилого помещения (за исключением оплаты жилищно-коммунальных услуг), но не более 20 000 (двадцати тысяч) рублей.

3. Для предоставления Компенсации медицинский работник заключает

договор о предоставлении ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения (далее — Договор), заключаемый между медицинским работником, медицинской организацией и министерством здравоохранения Тульской области (далее – министерство) (Приложение №1).

4. Для заключения Договора медицинский работник обращается в кадровую службу медицинской организации по месту работы с заявлением о предоставлении компенсации (далее - Заявление) (Приложение № 2).

К Заявлению прилагаются документы, указанные в Приложении №3.

Медицинский работник несет ответственность за достоверность сведений, указанных в Заявлении и представленных документов.

5. Медицинская организация в течение 3 рабочих дней с момента подачи Заявления с приложением документов медицинским работником осуществляет его регистрацию.

В течение 10 рабочих дней с момента регистрации осуществляет проверку полноты и достоверности представленного комплекта документов, согласно пункту 4 настоящего Положения и направляет в Министерство ходатайство (приложение № 4) о заключении Договора с надлежаще заверенным пакетом документов в отношении медицинского работника с размещением его в электронном документообороте (АСЭД Дело).

6. Министерство в течение 10 рабочих дней со дня регистрации документов посредством электронного документооборота рассматривает ходатайство, Заявление и полный комплект документов медицинского работника и принимает решение о заключении Договора либо об отказе в его заключении и размещает его посредством электронного документооборота.

В случае подачи неполного пакета документов, либо документов, составленных с недочетами (содержащих неполные сведения), министерство принимает решение об отказе в предоставлении компенсации и в течение 5 рабочих дней со дня регистрации документа (АСЭД) размещает замечания посредством электронного документооборота.

Указанный комплект документов фактически передается медицинской организацией в Министерство в течение 5 рабочих дней с момента принятия решения о заключении Договора.

При устранении обстоятельств, послуживших причиной отказа, медицинская организация в течение 10 рабочих дней со дня принятия документов от заявителя, повторно направляет в Министерство ходатайство в порядке указанном в п.5 настоящего Положения.

7. Министерство подписывает со своей стороны Договор и регистрирует его в течение 10 рабочих дней с момента получения его от медицинской организации с надлежаще заверенным пакетом документов.

8. В соответствии с заключенным Договором, медицинская организация ежемесячно, в срок не позднее 1 числа месяца, следующего за месяцем, за который происходит выплата, представляет в министерство «Список на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам» (Приложение № 5) (далее – Список), сформированный на основании документов, подтверждающих расходы медицинского работника.

9. На основании представленных медицинскими организациями Списков, департамент кадровой работы и организации документооборота министерства ежемесячно в течение 8 рабочих дней с момента получения Списка формирует «Сводный реестр на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам» (Приложение № 6) и на следующий рабочий день подает заявку в департамент экономики и финансирования министерства для дальнейшего представления в министерство финансов Тульской области на выделение финансирования.

10. Министерство при поступлении финансирования осуществляет выплату компенсации путем перечисления денежных средств на счета, открытые медицинскими работниками в кредитной организации до конца текущего месяца, в котором подана заявка на выплату.

11. В случае если компенсация затрат за наем жилого помещения производится за неполный месяц, расчет суммы возмещения за наем осуществляется пропорционально дням фактического проживания.

12. Выплата компенсации прекращается при наличии следующих обстоятельств:

а) в случае смерти медицинского работника, а также признания его в установленном порядке умершим или безвестно отсутствующим - с 1 числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступила смерть либо вступило в силу решение суда об объявлении его умершим, о признании его безвестно отсутствующим, недееспособным либо ограниченно дееспособным;

б) при возникновении обстоятельств, противоречащих условиям предоставления компенсации, указанным в пункте 2 настоящего Положения - с даты возникновения данных обстоятельств;

в) расторжение договора найма (поднайма) жилого помещения;

г) в случае если медицинский работник за месяц до окончания срока действия Договора не предоставил пакет документов на продление его срока действия, то выплата компенсации прекращается с даты окончания срока действия договора найма (поднайма) жилого помещения.

13. В случае расторжения трудового договора медицинским работником с медицинской организацией Договор расторгается, а медицинская организация, для обеспечения процедуры расторжения Договора, уведомляет министерство в течение 3 рабочих дней с момента прекращения трудового договора с указанием основания его прекращения.

14. В случае возникновения обстоятельств, влекущих прекращение права на получение ежемесячной денежной компенсации, указанных в пункте 12, медицинский работник обязан в течение пяти рабочих дней со дня их наступления письменно уведомить медицинскую организацию об этом, а медицинская организация незамедлительно направляет уведомление в министерство для проведения процедуры расторжения Договора.

15. Излишне выплаченные денежные средства компенсации в случае отсутствия оснований для их выплаты, либо в результате счетной ошибки, подлежат возврату медицинским работником на лицевой счет министерства в течение 30 календарных дней со дня письменного уведомления медицинского

работника министерством о факте возникновения переплаты.

16. При невозвращении денежных средств в случаях, предусмотренных пунктами 12 и 13 настоящего Положения, взыскание излишне выплаченных сумм производится в судебном порядке.

17. Споры по вопросам назначения и выплаты компенсации разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1
к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения

Договор
о предоставлении ежемесячной денежной
компенсации за наем жилого помещения

от _____ 202__ г.

№ _____

Министерство здравоохранения Тульской области в лице _____,
действующего на основании _____, именуемое в
дальнейшем Министерство, с одной стороны, Государственное
учреждение здравоохранения _____,

(полное наименование учреждения)

в лице главного врача _____, действующего на основании Устава,
именуемое в дальнейшем Учреждение и медицинский работник

(Ф.И.О. (при наличии), занимаемая должность, место работы, номер и дата трудового договора)

именуемый в дальнейшем Медицинский работник, совместно именуемые в дальнейшем
Стороны, в соответствии с Положением о порядке и размере выплаты ежемесячной денежной
компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам, утвержденного приказом
министерства здравоохранения Тульской области от 31.08.2022 № 1122-осн «Об утверждении
Положения о порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной компенсации за
наем жилого помещения» (далее - Положение), заключили настоящий Договор о
нижеследующем:

1. Предмет Договора

1. Предметом настоящего Договора являются порядок и условия предоставления
Министерством Медицинскому работнику ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения (далее - Компенсация).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Министерство обязуется:

2.1.1. Ежемесячно, при поступлении финансирования осуществлять выплату
компенсации в размере _____ рублей путем перечисления денежных средств на счет,
открытый медицинским работником в кредитной организации платежной системы карты
«МИР», до конца текущего месяца, в котором медицинским работником предоставлены
документы, подтверждающие произведенные расходы по оплате найма жилого помещения.

2.1.2. Осуществить принятие денежных обязательств, подлежащих исполнению в рамках
настоящего Договора, в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных на
финансовый год, в котором производится выплата, на реализацию мероприятия «Ежемесячная
денежная компенсация за наем жилых помещений отдельным категориям медицинских
работников государственных учреждений здравоохранения Тульской области» комплекса
процессных мероприятий «Управление кадровыми ресурсами

здравоохранения» государственной программы Тульской области «Развитие здравоохранения Тульской области».

2.2. Министерство вправе:

2.2.1. Проводить проверки соблюдения Медицинским работником и Учреждением условий, установленных настоящим Договором.

2.3. Учреждение обязуется:

2.3.1. Предоставить Медицинскому работнику работу в соответствии с трудовым договором на полную ставку на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников.

2.3.2. Осуществить проверку полноты и достоверности предоставленных медицинским работником комплекта документов, договора найма (поднайма) жилого помещения.

2.3.3. По окончании проверки направить в адрес Министерства ходатайство о заключении Договора вместе с полным комплектом документов.

2.3.4. В соответствии с заключенными договорами, Учреждение ежемесячно в срок не позднее 1 числа месяца, следующего за месяцем, за который происходит выплата, представляет в Министерство «Список на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения медицинским работникам» (Приложение № 5 Положения) сформированный на основании документов, подтверждающих расходы медицинского работника.

2.3.5. Незамедлительно письменно уведомить Министерство о возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты Компенсации, указанных в пунктах 12 и 13 Положения.

2.4. Медицинский работник обязуется:

2.4.1. Предоставить в медицинскую организацию комплект документов в соответствии с пунктом 4 Положения, с указанием ответственности медработника за достоверность предоставленных сведений.

2.4.2. Предоставить Учреждению документы, подтверждающие произведенные расходы по оплате найма жилого помещения, ежемесячно, в срок не позднее 25 числа месяца, за который производится выплата.

2.4.3. Незамедлительно письменно уведомить Учреждение о возникновении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты Компенсации, указанных в пунктах 12 и 13 Положения.

2.4.4. Незамедлительно направить в Министерство заявление об изменении реквизитов для перечисления денежных средств с приложением банковской выписки. Данное заявление является неотъемлемой частью Договора.

2.4.5. В течение 30 календарных дней со дня получения соответствующего уведомления министерства осуществить возврат на лицевой счет министерства излишне выплаченных денежных средств компенсации в случае установления факта отсутствия оснований для их выплаты либо счетной ошибки.

3. Ответственность Сторон

3.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4. Заключительные положения

4.1. Во всем, что не урегулировано настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

4.2. Сроком окончания действия Договора является дата прекращения действия договора найма от «___» _____ 20__ года, но не позднее 31 декабря текущего финансового года.

4.3. Изменение условий настоящего Договора, его расторжение и прекращение действий допускается по соглашению сторон, а также в случаях, предусмотренных настоящим Договором.

4.4. Вносимые изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются дополнительным соглашением.

4.5. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме, подписаны уполномоченными на то представителями сторон и скреплены печатями.

4.6. Споры между Сторонами решаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.7. Настоящий Договор составлен на русском языке, в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр - Министерству, один - Учреждению, один - Медицинскому работнику, и вступает в силу с даты его заключения.

5. Реквизиты Сторон

Министерство здравоохранения
Тульской области

Медицинский работник ☐

Почтовый адрес: 300045, г. Тула, ☐
ул. Оборонная, д. 114-г, ☐
Юридический адрес: 300045, г. Тула, ☐ ул.
Оборонная, д. 114-г, ☐

Адрес: _____

ИНН _____

Паспортные данные: _____

КПП _____

в УФК по _____

Данные для перечисления выплаты:

Л/с _____

☐ _____

р/с _____

Банк: _____

_____/_____/ ☐

_____/_____/ ☐
☐ М.П.

Учреждение

Почтовый адрес: _____

Юридический адрес: _____

ИНН _____

КПП _____

в УФК по _____

л/с _____

р/с _____

Банк: _____

_____/_____/

Приложение № 2

к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения

Министру здравоохранения
Тульской области

(Ф.И.О., должность медицинского работника)
проживающего по адресу

(домашний адрес, телефон)

Заявление

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)
Паспорт: серия _____ № _____, выдан «__» _____ 20__ г.,
_____ окончил(а) в 20__ году _____
(наименование высшего учебного заведения)
по специальности _____.
В _____ настоящее время _____ работаю _____ в _____ должности
_____, трудовой
договор от _____ № _____.

На основании Положения о порядке и условиях предоставления ежемесячной денежной компенсации за наем жилых помещений, утвержденного постановлением Правительства Тульской области от «24» августа 2022 года № 546, прошу заключить со мной Договор о предоставлении ежемесячной денежной компенсации.

Подтверждаю, что договор найма жилого помещения не заключен с близким родственником.

К заявлению прилагаю:

- 1) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность заявителя;
- 2) копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности на бумажном носителе, заверенные кадровой службой по месту работы, или в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью (при ее наличии у работодателя);
- 3) согласие на обработку персональных данных;
- 4) копия трудового договора;
- 5) копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН) медицинского работника, заверенные кадровой службой по месту работы;
- 6) копия документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, содержащего страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), заверенные кадровой службой по месту работы);

7) реквизиты счета в кредитной организации для перечисления денежных средств платежной системы карты «МИР»;

8) справка из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним, подтверждающая наличие (отсутствие) жилых помещений, принадлежащих медицинскому работнику и членам его семьи на территории городского округа или муниципального района, где находится медицинская организация;

9) копии документов, подтверждающих статус члена семьи медицинского работника (свидетельство о заключении брака, свидетельства о рождении детей, решение суда об усыновлении ребенка, решение суда об установлении факта регистрации рождения, усыновления (удочерения), брака, установления родственных отношений);

10) копия договора найма (поднайма) жилого помещения, заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации;

11) выписка из Единого государственного реестра об основных характеристиках и зарегистрированных правах на объект недвижимости;

12) письменное заявление работника об отсутствии близкого родства с собственником недвижимого имущества.

Дата

Подпись

Приложение № 3

к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения

Список документов к заявлению о предоставлении компенсации

а) копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность заявителя;

б) копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности на бумажном носителе, заверенные кадровой службой по месту работы, или в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью (при ее наличии у работодателя);

в) согласие на обработку персональных данных.

г) копия трудового договора;

д) копия свидетельства о постановке на учет физического лица в налоговом органе (ИНН) медицинского работника, заверенные кадровой службой по месту работы;

е) копия документа, подтверждающего регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, содержащего страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), заверенные кадровой службой по месту работы);

ж) реквизиты счета в кредитной организации для перечисления денежных средств платежной системы карты «МИР»;

з) справка из Единого государственного реестра прав на недвижимое имущество и сделок с ним, подтверждающая наличие (отсутствие) жилых помещений, принадлежащих медицинскому работнику и членам его семьи на территории городского округа или муниципального района, где находится медицинская организация;

и) копии документов, подтверждающих статус члена семьи медицинского работника (свидетельство о заключении брака, свидетельства о рождении детей, решение суда об усыновлении ребенка, решение суда об установлении факта регистрации рождения, усыновления (удочерения), брака, установления родственных отношений);

к) копия договора найма (поднайма) жилого помещения, заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации;

л) выписка из Единого государственного реестра об основных характеристиках и зарегистрированных правах на объект недвижимости;

м) письменное заявление работника об отсутствии близкого родства с собственником недвижимого имущества.

Министру здравоохранения
Тульской области

(наименование учреждения здравоохранения)

№	Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника	Должность, структурное подразделение (филиал)	Дата начала работы	Размер выплаты

Главный врач _____ (_____)
подпись ФИО

M. II.

Приложение № 5

к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения

Утверждаю:
Главный врач
ГУЗ « _____ »

Подпись _____ ФИО
« ____ » _____ 202__ г.

Список
на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения
медицинским работникам _____
(наименование учреждения)
в _____ 202__ г.
(месяц)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника	Договор			Сумма для перечисления (руб.)	Примечание
		дата	номер	сумма в договоре		

Исп. _____
ФИО, должность, тел.

Приложение № 6

к Положению о порядке и условиях предоставления
ежемесячной денежной компенсации за наем
жилого помещения

Утверждаю:
Министр здравоохранения
Тульской области

Подпись _____ ФИО _____
« ____ » _____ 202__ г.

Сводный реестр
на выплату ежемесячной денежной компенсации за наем жилого помещения
медицинским работникам
в _____ 202__ г.
(месяц)

№ п/п	Учреждени е	Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинск ого работника	Договор			Сумма для перечисления (руб.)	Примечание
			дата	номер	сумма в догово ре		

Исп. _____
 ФИО, должность, тел.