Приложение № 3

к приказу Министерства здравоохранения

Луганской Народной Республики

от 05.12.2023 № 298-ОД

ФОРМА

Министру здравоохранения

Луганской Народной Республики

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

 (Ф.И.О. (последнее при наличии))

от **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (должность)

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

 (наименование медицинской организации)

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

(Ф.И.О. (последнее при наличии) заявителя (представителя))

проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае, если заявление подается представителем)

Заявление
о предоставлении единовременной компенсационной выплаты

Прошу Вас предоставить мне единовременную компенсационную выплату в соответствии с постановлением Правительства Луганской Народной Республики от 14.06.2023 № 1/23 «О некоторых вопросах предоставления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города
с населением до 50 тыс. человек» (с изменениями).

Приложения:

– копия паспорта гражданина Российской Федерации / временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемого на период оформления паспорта в порядке, утверждаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.;

– копия документа об изменении фамилии, имени или отчества
в случае изменения фамилии, имени или отчества на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.;

– копия диплома о высшем образовании (для врачей) / копия диплома
о среднем профессиональном образовании (для фельдшеров) на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.;

– копия сертификата специалиста / копия свидетельства
об аккредитации специалиста на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.;

– копия трудовой книжки с отметкой по последнему месту работы
о том, что трудовые отношения с медицинским работником продолжаются
в настоящее время на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.;

– копия трудового договора с медицинской организацией, заключенного на неопределенный срок и предусматривающего работу медицинского работника в медицинской организации Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики в качестве основного места работы на условиях полного рабочего дня с продолжительностью рабочего времени, установленной в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.;

– копия свидетельства о регистрации по месту пребывания (при наличии у медицинского работника регистрации по месту пребывания предоставляется
с предъявлением оригинала) на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.;

– документ с указанием реквизитов лицевого счета, открытого медицинским работником в кредитной организации, на \_\_\_ л.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (дата)            (подпись заявителя (Ф.И.О. (последнее - при наличии)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   (дата подачи         (подпись заявителя (Ф.И.О. (последнее - при наличии)

     заявления)