

ДОГОВОР

о предоставлении частичной компенсации расходов, связанных с наймом (поднаймом) жилого помещения / о предоставлении частичной компенсации стоимости проезда на общественном автомобильном (автобус) и железнодорожном транспорте (кроме скоростного)

Московская область
г. Химки

«___» _____ 20__ г.

Управление социальных коммуникаций Администрации городского округа Химки Московской области (далее – Управление Администрации) от имени Администрации городского округа Химки Московской области в лице начальника Управления Администрации области _____, действующего(ей) на основании Положения об Управлении социальных коммуникаций Администрации, утвержденного решением Совета депутатов от _____ № _____, именуемое в дальнейшем «Администрация» с одной стороны, и гражданин (ка) _____

(Ф.И.О. (полностью), дата рождения)

(название, реквизиты и дата и кем выдан документ, подтверждающий личность) зарегистрированный (ая) по адресу:

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

1. Предмет договора

1. На основании решения комиссии по предоставлению мер социальной поддержки отдельным категориям медицинских работников от «___» _____ 20__ № _____ Администрация предоставляет Медицинскому работнику, работающему

(должность и название государственного учреждения здравоохранения) частичную компенсацию расходов, связанных с наймом (поднаймом) жилого помещения / частичную компенсацию стоимости проезда на общественном автомобильном (автобус) и железнодорожном транспорте (кроме скоростного) до места работы в городском округе Химки и обратно.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Администрация имеет право:

2.1.1. Осуществлять контроль за целевым использованием Медицинским работником средств бюджета городского округа Химки Московской области, перечисляемых на его лицевой счет по настоящему Договору.

2.1.2. Проверять достоверность сведений, содержащихся в представленных Медицинским работником документах.

2.1.3. Прекращать перечисление Компенсации Медицинскому работнику в случаях:

- отказ медицинского работника от получения компенсационной выплаты;

- расторжение трудового договора между медицинской организацией и медицинским работником;

- несвоевременное предоставление (непредставление) в Управление Администрации документов, указанных в пункте 2.2 / 3.2 настоящего Порядка;

- приобретение (получение) в собственность медицинским работником и (или) членами его семьи (супругом, супругой, детьми) жилых помещений

на территории Московской области и городе Москве;

- предоставление медицинскому работнику и (или) членам его семьи (супругу, супруге, детям) жилого помещения на условиях договора социального, коммерческого найма;

- предоставление медицинскому работнику и (или) членам его семьи (супругу (супруге), детям) жилого помещения из специализированного жилого фонда;

- предоставление медицинским работником недостоверных сведений;

- расторжение договора найма (поднайма) жилого помещения в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации;

- уход Заявителя в отпуск по уходу за ребенком;

- отсутствие средств в бюджете городского округа Химки на выполнение мероприятия муниципальной программы городского округа Химки «Здравоохранение»;

- несвоевременное предоставление в Управление Администрации заявителем, справки с места работы и документов, подтверждающих оплату за наем жилого помещения / оплату за проезд до места работы и обратно.

2.2. Обязанности Администрации

2.2.1. Перечислять Компенсацию Медицинскому работнику в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором, со счета местного бюджета на лицевой счет медицинского работника, указанных в разделе 8 настоящего Договора.

2.2.2. Уведомлять (письменно) Медицинского работника о расторжении договора и о прекращении перечисления Компенсации.

2.3. Обязанности Медицинского работника

2.3.1. Своевременно предоставлять в Управление Администрации информацию, связанную с выплатой Компенсации.

2.3.2. Ежемесячно не позднее 10 числа месяца, следующего за месяцем, в котором была произведена оплата по договору найма жилого помещения / оплату за проезд до места работы и обратно, представлять

в Управление Администрации справку с места работы и документы, подтверждающие оплату по договору найма жилого помещения / оплату за проезд до места работы и обратно.

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

3.Расчёт по Договору

3.1. Перечисление Компенсации производится ежемесячно в течение 15 рабочих дней со дня предоставления Медицинским работником документов, подтверждающих оплату по договору найма жилого помещения.

4. Срок действия, порядок изменения и расторжения Договора

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует с «___» _____ 20__ до «___» _____ 20__ года.

4.2. 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. Управление Администрации вправе досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке в случаях:

- расторжения или прекращения трудового договора с Медицинским работником;

- расторжения или прекращения договора найма жилого помещения;

- приобретения Медицинским работником и членами его семьи жилого помещения в собственность, расположенного в Московской области и городе Москве;

- приобретения Медицинским работником и членами его семьи постоянной регистрации в Московской области и городе Москве;

- уход Заявителя в отпуск по уходу за ребенком;

- предоставления Медицинскому работнику жилого помещения по договору социального найма, коммерческого найма или найма служебного жилого помещения, расположенного на территории городского округа Химки;

- отсутствие средств в бюджете городского округа Химки на выполнение мероприятия муниципальной программы городского округа Химки «Здравоохранение»;

- представления Медицинским работником недостоверной информации, необходимой для получения Компенсации. В этом случае сумма необоснованно предоставленной Компенсации удерживается в порядке, определенном законодательством;

- несвоевременного представления (непредставления) заявителем в Управление Администрации справки с места работы и документов, подтверждающих расходы на оплату по договору найма или стоимости

проезда (расписка или иные документы) и заверенной копии табеля учета рабочего времени (срок представления документов заявителем в Управление Администрации не позднее 10 числа месяца, следующего за расчетным).

4.4. Любая из Сторон вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке, направив другой стороне письменное уведомление.

5. Ответственность Сторон

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

6. 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.

7. Заключительные положения

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

8. Адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

Управление социальных коммуникаций Администрации городского округа Химки Московской области ИНН 5047202611 КПП 504701001 ОГРН 1175029022398 ОКТМО 46783000001 Юридический и фактический адрес:141407 Московская обл., г. Химки, ул. Кирова, вл. 24 Реквизиты: ГУ Банка России по ЦФО БИК 044525000 р/с 40204810945250002234 л/с 03005480063 УФК по МО (Финансовое управление Администрации городского округа Химки Московской области)	Медицинский работник _____ (фамилия, имя, отчество) дата рождения _____ Паспорт: _____ Выдан _____ Зарегистрирован(а) по адресу: _____ Лицевой счет № _____ в _____ (наименование финансово-кредитной организации)
---	--

**Заместитель Главы
Администрации**

(подпись)

(расшифровка подписи)

**Начальник Управления
социальных коммуникаций
Администрации**

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Медицинский работник

(подпись)

(расшифровка подписи)