Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

Зарегистрировано в Минюсте России 20 декабря 2011 г. N 22683

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 1 декабря 2011 г. N 224

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ЗАЯВКИ

НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНЫХ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ ИЗ БЮДЖЕТА

ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

НА ЕДИНОВРЕМЕННЫЕ КОМПЕНСАЦИОННЫЕ ВЫПЛАТЫ

МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказов ФФОМС от 16.01.2013 N 6,от 26.12.2013 N 274, от 19.12.2014 N 241, от 20.02.2016 N 22,от 30.01.2017 N 18) |

В соответствии с пунктом 2 части 12.2 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529) приказываю:

1. Утвердить [форму](#P40) заявки на получение иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам согласно приложению.

2. Настоящий Приказ вступает в силу с 1 января 2012 года.

Председатель

А.В.ЮРИН

Приложение

к Приказу Федерального фонда

обязательного медицинского

страхования

от 01.12.2011 N 224

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказов ФФОМС от 16.01.2013 N 6,от 26.12.2013 N 274, от 19.12.2014 N 241, от 20.02.2016 N 22,от 30.01.2017 N 18) |

 Заявка на получение иных межбюджетных трансфертов

 из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского

 страхования на единовременные компенсационные выплаты

 медицинским работникам

 на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 года

 (месяц)

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

 (субъект Российской Федерации)

 В соответствии с пунктом 2 части 12.2 статьи 51 Федерального закона от

29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в

Российской Федерации" представляется Заявка на получение иных межбюджетных

трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского

страхования в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тыс. рублей на единовременные компенсационные

выплаты медицинским работникам в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_ чел. согласно

сведениям:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Фамилия, инициалы медицинского работника | Дата, месяц, год рождения | Год окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования | Наименование медицинского учреждения, с которым медицинским работником заключен трудовой договор | Наименование населенного пункта, в котором расположено медицинское учреждение, код ОКТМО | Дата заключения трудового договора с медицинским учреждением | Дата заключения договора с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель уполномоченного органа

исполнительной власти

субъекта Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 М.П.

Директор территориального фонда

обязательного медицинского

страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 М.П.

Дата составления заявки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО полностью, тел.)