

ПРАВИЛНИК

за организацията, реда и работата на Общински фонд „Здраве“

(приет с Решение №.....от2018 година на Общински съвет град Добрич)

ГЛАВА ПЪРВА

ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

Раздел I. Предмет и обхват

Чл.1. С този правилник се определят органите, реда и условията за финансово подпомагане на специализацията и/или осигуряването на социално – битови условия на лекари и специалисти по здравни грижи за необходимото кадрово обезпечаване на лечебните заведения за болнична помощ на територията на Община град Добрич от Общински фонд „Здраве“.

Раздел II. Органи

Чл.2. (1) Дейността на Общински фонд „Здраве“ се ръководи от Управителен съвет. Съставът на Управителния съвет се състои от петима общински съветници, предложени от ПК БФДП, ПК ЗОРК, ПК ЗСДДП за срока на мандата, и от двама представители на общинската администрация, определени от Кмета на Община град Добрич. Председателят и зам. председателят на Управителния съвет се избират от Общински съвет град Добрич.

(2) Член на Управителния съвет може да бъде освободен преди изтичане на мандата му:

1. По негово искане;
2. При трайна невъзможност да изпълнява задълженията си за повече от три месеца;
3. Ако отпадне основанието за утвърждаването му;
4. При влязла в сила присъда за тежко умишлено престъпление;
5. При влизане в сила на акт, с който е установен конфликт на интереси по Закона за противодействие на корупцията и за отнемане на незаконно придобитото имущество;
6. При смърт.

(3) Управителният съвет предоставя доклад и финансов отчет за своята дейност, за изтеклата финансова година пред Общински съвет град Добрич, през месец януари на следващата година.

(4) Текущият контрол се осъществява от общинска администрация - звено „Вътрешен одит“.

(5) Решенията на Управителния съвет се вземат с обикновено мнозинство.

(6) Разходването на средствата се извършва след решение на Управителния съвет.

(7) Решенията на Управителния съвет се изпълняват от Кмета на Община град Добрич.

(8) Административната дейност на Управителния съвет се осигурява от служител на общинската администрация – член на Управителния съвет.

Раздел III. Компетентност и правила за работа на Управителния съвет

Чл.3. (1) Управителния съвет по чл. 2:

1. Провежда редовни заседания при присъствие на повече от половината от неговите членове;
2. Обявява критериите, реда, срока и мястото за прием на документи на сайта на Община град Добрич и сайтовете на лечебните заведения за болнична помощ;
3. Разглежда подадените заявления по чл. 9, ал.2, придружени със становище на ръководителя на лечебното заведение за болнична помощ;
4. Взема решенията за одобряване на подалите заявления за финансово или социално-битово подпомагане лица с обикновено мнозинство от присъстващите, с явно гласуване;
5. Се произнася с решение по всяка преписка, което съдържа:
 - дата на постановяване;
 - имената на членовете на лица, присъствали при вземане на решението;
 - трите имена на подалото заявление лице, неговия адрес, ЕГН и входящия номер на заявлението му;
 - предложение за одобряване на искането: размер на отпуснатите средства/вид на социално-битовото подпомагане;
 - начална дата за изплащане/предоставяне;
 - мотивиран отказ по заявление.

(2) С цел подпомагане дейността на Управителния съвет, с право на съвещателен глас в заседанията могат да участват ръководители на лечебни заведения за болнична помощна територията на Община град Добрич.

(3) На заседанията на Управителния съвет могат да присъстват и подалите заявления лица, след покана за събеседване.

Чл.4. (1) За заседанията на Управителния съвет се изготвя протокол, който съдържа разгледаните заявления, взетите решения, резултатите от гласуването и списък на одобрените лица. Протоколът се подписва от членове на Управителния съвет, присъствали на заседанието в тридневен срок от изготвянето му.

(2) Всеки заявител има право да получи препис от протокола от заседанието на Управителния съвет.

Раздел IV. Източници на финансиране на фонда

Чл.5. (1) Средствата за Общински фонд „Здраве“ се осигуряват от:

1. Бюджета на Община град Добрич, след решение на Общински съвет град Добрич;
2. Публични финансови програми и проекти;
3. Дарителски и благотворителни кампании;
4. Други източници.

(2) Управителният съвет депозира предложение до Кмета за необходимите средства по чл. 5, ал. 1, т. 1 до 15 ноември на всяка календарна година.

Раздел V. Разходване на средствата

Чл.6. (1) Общински фонд „Здраве“ подпомага лекари и специалисти по здравни грижи, които са сключили трудов договор с лечебно заведение за болнична помощна територията на Община град Добрич. Средствата се предоставят до изчерпване на наличностите във фонда.

(2) Финансовото и социално-битовото подпомагане се осъществява под формата на:

- възстановяване на такси за участие в основните курсове за придобиване на специалност – за всеки конкретен модул
- и/или
- възстановяване на разходи за наем на общинско ведомствено жилище, предоставено по реда на Наредбата за реда и условията за установяване на жилищни нужди за настаняване под наем и разпореждане с жилища от общинския жилищен фонд на Община град Добрич
- и/или
- възстановяване на месечни такси в общински детски ясли и/или детски градини на територията на Община град Добрич до 50 %
- и/или
- възстановяване на средства за пътно-транспортни разходи от и до работното място (за лица, които живеят извън град Добрич), съгласно Наредбата за командировките в страната, но не повече от 50 % от минималната работна заплата за страната месечно.

(3) Формата и срокът на подпомагане се определят с решение на Управителния съвет.

ГЛАВА ВТОРА

РЕД ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ

Раздел I. Кандидати, условия за кандидатстване

I.I. Кандидати

Чл.7. Право да кандидатстват за подкрепа от Общински фонд „Здраве“ имат лекари и специалисти по здравни грижи, които са сключили трудов договор с лечебно заведение за болнична помощ на територията на Община град Добрич.

I.II. Условия за кандидатстване

Чл.8. Подалите заявление лица трябва да отговарят на следните критерии за финансово и социално-битово подпомагане от Общинския фонд „Здраве“ при Община град Добрич:

1. Да са сключили трудов договор с лечебно заведение за болнична помощна територията на Община град Добрич;
2. Да не са поставени под запрещение или осъждани за умишлено престъпление.

Раздел II. Документи за кандидатстване

Чл.9. (1) Кандидатите за получаване на подпомагане от Общинския фонд „Здраве“ при Община град Добрич подават Заявление по образец.

(2) Заявлението по ал. 1 се изготвя по образец Приложение № 1, ведно с изискуемите документи, посочени в него.

(3) Заявлението по ал.1 се подава в деловодството на Община град Добрич, където получава входящ номер и се насочва към Управителния съвет на фонда.

Раздел III. Процедура за финансово и социално-битово подпомагане

Чл.10. (1) За всяко заявление за подпомагане от Общинския фонд „Здраве“ при Община град Добрич се образува преписка, която съдържа Заявлението, приложените документи и решението на Управителния съвет заедно с мотивите към него.

(2) Преписката се разглежда от Управителния съвет на редовно заседание, в едномесечен срок от постъпване на Заявлението.

Чл.11. Управителният съвет се произнася с решения за одобрените или неодобрените лица, подали заявление в седемдневен срок, след подписването на протокола по чл. 4, ал. 1.

Чл.12. (1) Управителният съвет предоставя цялата преписка на Кмета на Община град Добрич за издаване на заповед по чл. 2, ал.7 и сключване на тристранен договор между подпомаганото лице, Община град Добрич и ръководителя на лечебното заведение за болнична помощ, представляващ Приложение 2 към настоящия правилник.

(2) За подпомагане с финансови средства, одобрените лекари и специалисти по здравни грижи представят ежемесечно, до 10-то число на следващия месец разходно-оправдателни документи, ведно с искане за плащане – Приложение 3 и Отчетна форма за отработените дни за отчетния месец Приложение 4 към настоящия правилник и съответстващи на изискванията на действащата Система за финансово управление и контрол на Община град Добрич.

(3) При прекратяване на трудовото правоотношение ръководителят на лечебното заведение за болнична помощ е длъжен да уведоми Кмета, в рамките на 3 (три) работни дни от датата на възникване на основанието за прекратяване на подпомагането. При прекратяване на трудовото правоотношение между лечебното заведение и подпомаганото лице се прекратява и финансовото и социално-битовото подпомагане съгласно чл.6 от настоящия правилник.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ, ПРЕХОДНИ, ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ И ПРИЛОЖЕНИЯ

§1. Този Правилник е приет с Решение № по Протокол №/.....2018 година, от заседание на Общински съвет град Добрич, проведено на 2018 година.

§2. Абревиатурите, термините и означенията са употребени в текста на този правилник, според смисъла им, установен със съответния нормативен акт.

§3. Приложения 1, 2, 3 и 4 са по образец и представляват неразделна част от правилника.

ДО

ОБЩИНСКИ ФОНД „ЗДРАВЕ“

ОБЩИНА ГРАД ДОБРИЧ

ЗАЯВЛЕНИЕ

от, ЕГН:,
(трите имена)

с постоянен адрес: област....., община, гр./с.
....., ул./ж.к. „.....” №.....,
бл.....; вх.; ет.....; ап.....

Уважаеми господин/госпожо Председател,

Моля, след като разгледате настоящото заявление и приложените към него документи, да се произнесете с решение по реда на чл.3, ал.1, т.5 от Правилника за организацията, реда и работата на Общински фонд „Здраве“ при Община град Добрич, с което да бъде одобрен за финансово и социално-битово подпомагане под формата на:

- възстановяване на такси за участие в основните курсове за придобиване на специалност – за всеки конкретен модул
и/или
- възстановяване на разходи за наем на общинско ведомствено жилище, предоставено по реда на Наредбата за реда и условията за установяване на жилищни нужди за настаняване под наем и разпореждане с жилища от общинския жилищен фонд на Община град Добрич.
- възстановяване на месечни такси в общински детски ясли и/или детски градини на територията на Община град Добрич до 50 %
и/или
- възстановяване на средства за пътно-транспортни разходи от и до работното място (за лица, които живеят извън град Добрич), съгласно Наредбата за командировките в страната, но не повече от 50 % от минималната работна заплата за страната месечно.

Прилагам в оригинал и моля при разглеждане на заявлението ми да вземете предвид следните документи:

1. Копие на лична карта, заверено от заявителя с гриф „вярно с оригинала“;
2. Свидетелство за съдимост;
3. Копие на трудов договор;
4. Копие на диплома за завършено медицинско образование;
5. Копие на книжка на специализанта (ако е приложимо);
6. Копие на акт за раждане на детето (ако е приложимо);
7. Удостоверение от детско заведение (ако е приложимо);
8. Копие на договор за наем на ведомствени жилище (ако е приложимо);
9. Становище на ръководителя на лечебното заведение за болнична помощ.

С уважение :

ДОГОВОР №

Днес г. в град Добрич, между:

1. **ОБЩИНА ГРАД ДОБРИЧ**, със седалище и адрес на гр.Добрич, ул. „България” №12, БУЛСТАТ000852932, представлявано от Йордан Йорданов, Кмет на Община град Добрич и Антония Жечева – главен счетоводител, от една страна, наричана „**ОБЩИНАТА**”:

2.....

ЕИК....., със седалище и адрес на управление....., Представявано от, наричано „**РАБОТОДАТЕЛ**”, от друга страна,

3.....

ЕГН....., с постоянен адрес, от трета страна, наричана „**ПОДПОМАГАНО ЛИЦЕ**”

На основание чл. 12 ал. 1 от Правилника за организацията, реда и работата на Общински фонд „Здраве”, приет от Общински съвет град Добрич съгласно Протокол №....., наричан по-долу „Правилника”, Решение на Управителния съвет на Общински фонд „Здраве” отг. и Заповед № на Кмета на град Добрич, се сключи настоящия ДОГОВОР за следното:

I. ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА

1. Общината предоставя на подпомаганото лице финансово подпомагане от бюджета на Общински фонд „Здраве” на Община град Добрич и/или му осигурява социално - битово подпомагане за срок от като подпомагането се извършва под формата на:.....

2. Подпомагането по т. 1 от настоящия договор се предоставя на подпомаганото лице за действително отработеното време по трудовия договор, при наличие на средства в бюджета на Общински фонд „Здраве” на Община град Добрич.

3. Общината предоставя подпомагането по т. 1, а Работодателят и подпомаганото лице се задължават да изпълняват настоящия договор съобразно клаузите на същия.

4. Подпомагането на лицето се извършва до изтичане на предвидения в т. 1 срок.

5. Не се финансират разходи, които не отговарят на изискванията на Правилника за организацията, реда и работата на Общински фонд „Здраве”.

II. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ

6. Работодателят се задължава:

6.1. Да осигури за срока по т.1 заетост на подпомаганото лице, което е предварително одобрено от Работодателя в становището от ръководителя на лечебното заведение, което се прилага към заявлението за подпомагане до Общински фонд „Здраве”.

6.2. Да представя на Общината в срок от 3 (три) работни дни от изменението или прекратяването на трудовия договор на подпомаганото лице, копия от съответните допълнителни споразумения към трудовия договор и Писмения акт за прекратяването му и Справката за приети и отхвърлени уведомления по чл. 62, ал. 5 от Кодекса на труда, заверени от съответните длъжностни лица.

7. Работодателят има право:

7.1. Да прекратява сключения трудовия договор с подпомаганото лице преди изтичане на уговорения срок съгласно т. 1 в следните хипотези при:

7.1.1. виновно неизпълнение на задълженията по трудовия договор от страна на подпомаганото лице;

7.1.2. На основание чл. 330, ал. 2, т. 1, или т. 2, или т. 3 от Кодекса на труда.

8. Подпомаганото лице се задължава в срок до 10-то число на следващия отчетния месец да представя в Общината до Общински фонд „Здраве” следните документи:

- при условие, че подпомагането се извършва чрез възстановяване на средства за пътно-транспортни разходи, да представя Отчетна форма за отработените дни, подписана от Работодателя.

- да предоставя в Общината отчетните документи, съгласно Наредбата за командировките в страната за предходния отчетен месец, при условие, че подпомагането се извършва чрез възстановяване на средства за пътно-транспортни разходи;

- да предоставя в Общината отчетните документи за заплатени от подпомаганото лице такси за участие в основни курсове за придобиване на специалност – за всеки конкретен модул, при условие, че подпомагането се извършва по този начин;

- да предоставя в Общината отчетни документи за заплатени месечни такси в общински детски ясли и/или детски градини на територията на Община град Добрич при условие, че подпомагането се извършва по този начин;

- да предоставя в Общината до Общински фонд „Здраве” отчетни документи за платения наем за предоставеното общинско ведомствено жилище, при положение, че подпомагането се извършва по този начин.

9. При условие, че подпомагането на лицето се извършва чрез възстановяване на месечни такси в общински детски ясли и/или детски градини на дете на подпомаганото лице, лицето се задължава преди сключването на този договор да предостави удостоверение от съответното детско заведение, от което да е видно, че детето е записано в детското заведение, както и акт за раждане на детето. Подпомагането се извършва докато детето посещава детското заведение.

10. При условие, че подпомагането се извършва чрез възстановяване на разходите за наем на общинско ведомствено жилище, да представи сключен между Община град Добрич и подпомаганото лице договор за наем за ведомствено жилище.

11. Подпомаганото лице в срока по т. 8 представя в Община град Добрич до Общински фонд „Здраве” следните документи:

- Искане за плащане по образец;

- Отчетна форма за отработените дни за отчетния месец, подписана от Работодателя;

- Отчетните документи за предходния месец/период съгласно т. 8.

12. Подпомаганото лице се задължава в срок от 3 (три) работни дни от прекратяването на трудовия си договор, сключен с лечебното заведение-работодател да представи в Общината копия от Заповедта за прекратяване на трудовия договор и Справката за приети и отхвърлени уведомления по чл. 62, ал. 5 от Кодекса на труда, заверени от съответните длъжностни лица.

13. Общината възстановява от бюджета на Общински фонд „Здраве“ признатите по съответния надлежен ред за допустими разходи по т. 1 по банков път по обработените искания за плащане и придружаващите ги документи в срок до 30 (тридесет) работни дни от датата на вхoдирането им в деловодната система на Общината.

13.1. Общината уведомява писмено подпомаганото лице за констатирани несъответствия в приложената към искането за плащане документация, като му даде възможност в срок от 5 (пет) работни дни да представи липсващите и/или коригирани документи.

При констатиране на несъответствия в приложената документация срокът за обработване на искането за плащане спира до представяне на липсващите и/или коригирани документи.

III. САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ

14. Общината не предоставя средства по т. 1. на подпомаганото лице, когато Общината установи по надлежен ред, че подпомаганото лице отсъства от работа без оформени заповед за отпуск, болничен лист или друг документ. При следващо констатиране на нарушение за същото лице, Общината не превежда на подпомаганото лице средствата по т. 1., за месеца, в който е констатирано нарушението.

14.1. Работодателят се задължава да възстанови на Общината изплатените по т. 1. средства на подпомаганото лице, ако по време на действие на този договор едностранно прекрати трудовия договор, сключен с подпомаганото лице по причини, които не са свързани с виновно неизпълнение на трудовите му задължения, или трудовият договор, сключен с това лице е прекратен по взаимно съгласие, на основание чл. 325, ал. 1, т. 1 от Кодекса на труда, по инициатива на Работодателя. Тази разпоредба не се прилага ако трудовия договор, сключен между Работодателя и подпомаганото лице бъде прекратен на основание чл. 330, ал. 2, т. 1, или т. 2, или т. 3 от Кодекса на труда.

14.2. Подпомаганото лице се задължава да възстанови на Общината изплатените му по т. 1. средства, ако през периода на действие на договора, подпомаганото лице едностранно прекрати трудовия си договор с лечебното заведение-работодател с предизвестие, съгласно чл. 326, ал. 1 от Кодекса на труда, или прекрати този договор по взаимно съгласие на основание чл. 325, ал. 1, т. 1 от Кодекса на труда по негово искане, или при прекратяване на трудовия договор на основание чл. 330, ал. 2, т. 1, или т. 2, или т. 3 от Кодекса на труда.

14.3. Независимо от основанията за прекратяването на трудовия договор, сключен между лечебното заведение - работодател и подпомаганото лице, при прекратяването му се прекратява и подпомагането по т. 1 от настоящия договор.

IV. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА

15. Настоящият договор се прекратява:

- при изтичане на срока по т. 1 от настоящия договор;
- при изчерпване на бюджета на Общинския фонд „Здраве“;
- при прекратяване на трудовия договор, сключен между лечебното заведение – работодател и подпомаганото лице.

V. ДРУГИ УСЛОВИЯ

16. Подпомаганото лице се задължава да представи удостоверение за открита банкова сметка в оригинал при подаване на първото искане за плащане, като при промяна на банковата сметка в срок от 7 (седем) дни от промяната се задължава да

уведоми писмено за това Общината, както и да приложи ново удостоверение за новата банкова сметка към следващото искане за плащане.

17. Настоящият договор може да бъде изменен или допълнен само по взаимно съгласие между страните, изразено в писмена форма, представляващо неразделна част от договора.

18. Цялата кореспонденция между страните във връзка с този договор следва да бъде в писмена форма за действителност. За изпращане и приемане на кореспонденцията страните приемат следните адреси:

За Общината: гр.Добрич, ул. „България” № 12

За Работодателя:.....

За подпомаганото лице:.....

19. Относно неуредените в този договор въпроси се прилага действащото законодателство. Възникналите между страните спорове се разрешават чрез преговори, а при непостигане на съгласие – по съдебен ред.

Настоящият договор се състави и подписа в три екземпляра (по един за всяка от страните), всеки със силата на оригинал.

Неразделна част от този договор са:

- Искане за плащане по образец – Приложение 3;

- Отчетна форма за отработените дни за отчетния месец по образец – Приложение

4.

За Общината: *За Работодателя:*
(.....) (.....)

.....
(.....)
Главен счетоводител

Подпомаганото лице:.....
(.....)

**ДО
ОБЩИНА ГРАД ДОБРИЧ
ОБЩИНСКИ ФОНД „ЗДРАВЕ”**

Искане за плащане №

по договор №.....

за отчетен месец/период отГ. до

От подпомагано лице, ЕГН, с адрес

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

В изпълнение на сключения договор №....., представям *Искане за плащане* на обща стойност лева, представляващи допустими разходи през отчетния месец/период.

Към настоящото Искане за плащане прилагам изискуемите документи, посочени в договора.

В исканата обща сума са включени средства за:

| № по ред | Разход | Размер | Разходно-оправдателен документ |
|----------|--------|--------|--------------------------------|
| | | | /вид на документа/ |
| | /вид/ | /лева/ | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| | Общо: | | |

Обща стойност: лева.

Моля, разходите да бъдат възстановени по следната банкова сметка:

Обслужваща банка :

IBAN:

BIC:

.....
/Подпис на подпомаганото лице/

Приложение 4

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------------------|--|--|
| Лечебно заведение: Подпомагано лице: | | ОТЧЕТНА ФОРМА ЗА ПОДПОМАГАНЕ ОТ ОБЩИНСКИ ФОНД "ЗДРАВЕ" за отработените дни за месец 20...г. | | | | | | | | | | | | Съставил:..... (подпис, име и фамилия) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | Д Н И Н А М Е С Е Ц А | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № по ред | Трите имена по документ за самоличност на подпомаганото лице | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | всичко отработени дни | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Работодател:
 /Име, презиме и фамилия/
 /подпис и печат/