ЗАЯВКА

на предоставление средств нормированного страхового запаса из бюджета территориального фонда обязательного

медицинского страхования

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование медицинской организации,

оказывающей медицинскую помощь по видам, определяемым в соответствии с частью 6.6 статьи 26 Федерального закона)

для софинансирования расходов медицинской организации на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 года

 (месяц)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Численность на 1 января текущего года или на дату распределения объемов предоставления медицинской помощи, чел. | Принято на последнее число отчетного месяца, чел. [<1>](#P342) | Уволено на последнее число отчетного месяца, чел. [<1>](#P342) | Численность на последнее число отчетного месяца, чел. | Прирост численности на последнее число отчетного месяца, чел. [<2>](#P343) | Общая сумма за счет средств обязательного медицинского страхования начисленной заработной платы и начисления на оплату труда в отчетном месяце на прирост численности, руб. и коп. | Общая потребность, руб. и коп.[гр. 11](#P307) + [гр. 12](#P308) |
| Врачи | Средний медицинский персонал | Врачи | Средний медицинский персонал | Врачи | Средний медицинский персонал | Врачи[гр. 1](#P297) + [гр. 3](#P299) - [гр. 5](#P301) | Средний медицинский персонал[гр. 2](#P298) + [гр. 4](#P300) - [гр. 6](#P302) | Врачи[гр. 7](#P303) - [гр. 1](#P297) | Средний медицинский персонал[гр. 8](#P304) - [гр. 2](#P298) | Врачи | Средний медицинский персонал |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 [Графы 11](#P307) - [13](#P309) заполняются в рублях и копейках.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

м.п.

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

 (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

 (дата составления)

Согласовано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись уполномоченного лица (расшифровка подписи)

 органа исполнительной власти

 субъекта Российской Федерации

 в сфере здравоохранения)

--------------------------------

<1> Заполняется нарастающим итогом с начала года.

<2> В случае если значение по [графе 9](#P305) или [10](#P306) меньше или равно нулю, [графы 11](#P307) или [12](#P308) соответственно принимаются равными нулю.