

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

21 ноября 20 24 г.

г. Ставрополь

№ 302

Об утверждении формы анкеты, рекомендованной к представлению лицом, претендующим на замещение вакантной должности в ТФОМС СК, и Декларации гражданина, претендующего на замещение должности в ТФОМС СК с целью выявления любой возможности возникновения конфликта интересов при осуществлении трудовой деятельности в ТФОМС СК

В соответствии с Федеральными законами от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции», от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в соответствии со статьей 10 Бюджетного кодекса Российской Федерации от 31.07.1998 № 145-ФЗ, в целях недопущения любой возможности возникновения конфликта интересов у работников Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края и соблюдения запрета на осуществление трудовой деятельности в случае близкого родства или свойства (супруг(а), родители, дети, братья, сестры работника ТФОМС СК, а также братья, сестры, родители, дети супругов и супруги детей) с работником Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края, если осуществление трудовой деятельности связано с непосредственной подчиненностью или подконтрольностью одного из них другому,

П Р И К А З Ы В А Ю

1. Утвердить форму анкеты, рекомендованной к представлению лицом, претендующим на замещение вакантной должности в ТФОМС СК согласно приложению 1.
2. Утвердить форму Декларации гражданина, претендующего на замещение должности в ТФОМС СК с целью выявления любой возможности возникновения конфликта интересов при осуществлении трудовой деятельности в ТФОМС СК согласно приложению 2.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.
4. Настоящий приказ вступает в силу с даты подписания.

Исполняющий обязанности
директора



Н.С. Павличенко

УТВЕРЖДЕНА

приказом Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ставропольского края

от 21 ноября 2024 № 302

ФОРМА

АНКЕТА

рекомендованная к представлению лицом, претендующим на
замещение вакантной должности в ТФОМС СК

1. Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____

Место
для
фотографии
(3 см x 4 см)

2. Если изменяли фамилию, имя, отчество, то укажите их, а также когда, где и по какой причине изменяли	
3. Число, месяц, год рождения и место рождения (село, деревня, город, район, область, край, республика, страна)	
4. Гражданство (подданство). Если изменяли, укажите дату и причину изменения, прежнее гражданство (подданство). Если помимо гражданства Российской Федерации имеете также гражданство (подданство) иностранного государства, либо вид на жительство или другой документ, подтверждающий право на постоянное проживание гражданина на территории иностранного государства	
5. Образование (когда и какие учебные заведения окончили, номера дипломов). Направление подготовки или специальность по диплому. Квалификация по диплому	
6. Послевузовское профессиональное образование: аспирантура, адъюнктура, докторантура (наименование образовательного или научного учреждения, год окончания). Ученая степень, ученое звание (когда	

присвоены, номера дипломов, аттестатов)	
7. Какими иностранными языками и языками народов Российской Федерации владеете и в какой степени (читаете переводите со словарем, читаете и можете объясняться, владеете свободно)	
8. Были ли Вы судимы, когда и за что	

9. Информация о трудовой деятельности (выполняемая работа с начала трудовой деятельности (включая учебу в высших и средних специальных учебных заведениях, военную службу, работу по совместительству, предпринимательскую деятельность и т.п.).

1.	Период работы	
	Организация, место расположения организации	
	Должность	
2.	Период работы	
	Организация, место расположения организации	
	Должность	
3.	Период работы	
	Организация, место расположения организации	
	Должность	
4.	Период работы	
	Организация, место расположения организации	
	Должность	

10. Государственные награды, иные награды и знаки отличия _____

11. Сведения о наличии права на дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации (об инвалидности, донорстве, участии в боевых действиях, нахождения в зоне действия радиации в связи с аварией на Чернобыльской АЭС и т.п.), а также о состоянии здоровья детей и других близких родственников (например, справки об инвалидности), когда с наличием таких документов связано предоставление работнику гарантий и компенсаций)

12. Состоите ли Вы в отношениях близкого родства или свойства (супруг(а), родители, дети, братья, сестры, а также братья, сестры, родители, дети супругов и супруги детей) с работниками, являющимися, в том числе (при наличии – указать степень родства или свойства, должность и место работы):

12.1 работниками Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края _____

12.2 работниками страховых медицинских организаций _____

12.3 работниками медицинских организаций _____

12.4 подрядчиком, исполнителем по заключаемым с ТФОМС СК, государственным контрактам и иным договорам _____

12.5 подрядчиком, исполнителем по заключаемым с медицинскими организациями, государственным контрактам и иным договорам _____

13. Замещаете ли государственную должность Российской Федерации, государственную должность субъекта Российской Федерации, муниципальную должность (полное наименование должности) _____

14. Отношение к воинской обязанности и воинское звание _____

15. Паспорт или документ, его заменяющий _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

16. Мне известно, что сообщение о себе в анкете заведомо ложных сведений и мое несоответствие квалификационным требованиям могут повлечь отказ в приёме на работу.

17. На проведение в отношении меня проверочных мероприятий и обработку моих персональных данных (в том числе автоматизированную обработку) согласен (согласна).

18. Принятие к рассмотрению моей анкеты не означает возникновения у работодателя обязательства о приёме на работу.

19. В случае изменения моих персональных данных (вступление в брак, изменение фамилии, рождение ребёнка и т.п.) обязуюсь сообщать об этом в письменном виде в отдел кадрового обеспечения ТФОМС СК в 15-дневный срок.

« ____ » _____ 20 ____ года

(дата составления заявления)

подпись

/ _____ /

(расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА

приказом Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ставропольского края

от 21 ноября 2024 № 302

ФОРМА

ДЕКЛАРАЦИЯ

**гражданина, претендующего на замещение должности в ТФОМС СК
с целью выявления любой возможности возникновения конфликта
интересов при осуществлении трудовой деятельности в ТФОМС СК
(далее – Декларация)**

(Фамилия, Имя, Отчество гражданина, заполнившего Декларацию)

(должность, на замещение которой претендует гражданин)

с _____ по _____

Декларация отхватывает период времени с 01.01.2024 по дату заполнения настоящей Декларации
(далее - декларационный период)

При заполнении Декларации необходимо учесть, что в Декларации под «членами Вашей семьи» понимаются лица, состоящие с гражданином, претендующим на замещение должности в ТФОМС СК в близком родстве или свойстве (супруг(а), родители, дети, братья, сестры гражданина, а также братья, сестры, родители, дети супругов и супруги детей).

Необходимо внимательно ознакомиться с приведенными ниже вопросами и ответить «да» или «нет» на каждый из вопросов. Ко всем ответам «да» необходимо дать разъяснения в пункте 8 настоящей Декларации.

1. Владеете ли Вы (члены Вашей семьи) ценными бумагами, акциями, долями участия в капитале в организациях? _____

да/нет

в том числе:

1.1. в страховых медицинских организациях _____

да/нет

1.2. в медицинских организациях _____

да/нет

1.3. в организациях-поставщиках (подрядчиках, исполнителей) по заключаемым с ТФОМС СК государственным контрактам и иным договорам _____

да/нет

1.4. в организациях-поставщиках (подрядчиках, исполнителей) по заключаемым с медицинскими организациями государственным контрактам и иным договорам _____

да/нет

1.5. в организациях, являющихся участниками ОМС _____

да/нет

1.6. в иных организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС? _____
да/нет

2. Являетесь ли Вы работником (либо осуществляете деятельность на условиях гражданско-правового договора) организации, осуществляющей свою деятельность в сфере ОМС _____
да/нет

в том числе:

2.1. страховой медицинской организации _____
да/нет

2.2. медицинской организации _____
да/нет

2.3. организации-поставщика (подрядчика, исполнителя) по заключаемым с ТФОМС СК государственным контрактам и иным договорам _____
да/нет

2.4. организации-поставщика (подрядчика, исполнителя) по заключаемым с медицинскими организациями государственным контрактам и иным договорам _____
да/нет

2.5. организации, являющейся участником ОМС _____
да/нет

2.6. иной организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС? _____
да/нет

3. Состоите ли Вы в отношениях близкого родства или свойства (супруг(а), родители, дети, братья, сестры, а также братья, сестры, родители, дети супругов и супруги детей) с работниками, являющимися (при наличии – указать степень родства или свойства, должность и место работы) _____
да/нет

в том числе:

3.1. работниками Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края _____
да/нет

3.2 работниками страховых медицинских организаций _____
да/нет

3.3 работниками медицинских организаций _____
да/нет

3.4 подрядчиком, исполнителем по заключаемым с ТФОМС СК государственным контрактам и иным договорам _____
да/нет

3.5 подрядчиком, исполнителем по заключаемым с медицинскими организациями государственным контрактам и иным договорам _____
да/нет

4. Состоите ли Вы в отношениях близкого родства или свойства с кем-то из работников ТФОМС СК?

(да/нет)

5. Открывали ли Вы в декларируемом периоде счета (вклады) или хранили ли Вы наличные денежные средства и ценности в иностранных банках, расположенных за пределами территории Российской Федерации, владели ли и (или) пользовались ли иностранными финансовыми инструментами?

(да/нет)

6. Возможно ли у Вас возникновение личной заинтересованности (прямой или косвенной), которая может привести к конфликту интересов в случае Вашего трудоустройства в ТФОМС СК?

(да/нет)

7. Известно ли Вам о каких-либо иных обстоятельствах, не указанных выше, которые вызывают или могут вызвать конфликт интересов?

(да/нет)

8. Если Вы ответили «да» на любой из вышеуказанных вопросов, просьба изложить свои пояснения для всестороннего рассмотрения и оценки обстоятельств (с указанием номера вопроса).

Добровольность заполнения настоящей Декларации и достоверность моих ответов подтверждаю.

« ____ » _____ 20 ____ года
(дата составления заявления)

подпись

/ _____ /
(расшифровка подписи)