Приложение N 2

к порядку и условиям осуществления

денежных выплат стимулирующего

характера медицинским работникам

за выявление онкологических заболеваний

в ходе проведения диспансеризации

и профилактических медицинских осмотров

населения, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 26 января 2022 г. N 25н

Форма

|  |
| --- |
| Заявкана получение денежных средств из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования на осуществление денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения |
| за |  | 20\_\_ года |
|  | (наименование отчетного месяца) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Коды |
| Наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования |  | субъекта Российской Федерации |  |
| Наименование медицинской организации |  | медицинской организации |  |
| Вид заявки |  | Дата представления |  |
|  | (первичная, дополнительная) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер полиса обязательного медицинского страхования пациента | Сведения о медицинском работнике | Сведения об участии медицинского работника в выявлении онкологического заболевания (указывается одно из следующих значений:медицинский работник, ответственный за организацию и проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации;медицинский работник, направивший на осмотр (консультацию) врача онколога;медицинский работник, осуществивший своевременное установление диспансерного наблюдения за пациентом с онкологическим заболеванием) | Номер реестра счета на оплату медицинской помощи | Номер случая оказания медицинской помощи | Размер денежной выплаты медицинскому работнику (рублей) | Размер денежных средств, подлежащих перечислению медицинской организации (рублей) |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета медицинского работника, указанный в федеральном регистре медицинских работников [<1>](#P248) | Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель |  |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) | МП (при наличии) | (расшифровка подписи) |
| Исполнитель |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (должность) |  | телефон) |  |  |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года(дата составления) |  |  |  |  |

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