



Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata
PÁLYÁZATI FELHÍVÁSA
orvosok lakhatási támogatására

I. A Felhívás célja:

Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata egészségügyi alapellátásának működőképességének megtartása érdekében elősegítse Salgótarjában a salgótarjáni alapellátásban jogviszonyt létesítő orvosok letelepedését.

II. Kérelmet benyújtók köre:

Pályázatot nyújthat be az az orvos, aki

1. a pályázat benyújtásakor az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal nem rendelkezik,
2. háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletben meghatározott személyi feltételek alapján háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult,
3. Salgótarjában az alapellátásban jogviszonyt létesítő háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi körzetben területi ellátási kötelezettséget vállal
 - a. Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladat-ellátási szerződés alapján, vagy
 - b. Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszony alapján,
4. a körzet betöltését legalább 6 évig vállalja (amennyiben a háziorvos, házi gyermekorvos vagy fogorvos a praxis ellátását a támogatott időszak lejártá előtt befejezi, időarányos visszafizetési kötelezettsége keletkezik. Ha a támogatásban részesülő háziorvos, házi gyermekorvos vagy fogorvos gyermekvállalás vagy egy hónapot meghaladó betegség miatt átmenetileg nem tudja személyesen ellátni az adott körzet feladatait, akkor a vállalt 6 éves időtartam meghosszabbodik azzal az időintervallummal, amíg ez az állapot fennáll,
5. a pályázat benyújtásakor Salgótarjában vagy Salgótarján közigazgatási határától számított 30 km-en belül nem rendelkezik lakóingatlan-tulajdonnal vagy lakóingatlanban tulajdoni hányaddal, vagy lakóingatlanon fennálló haszonélvezeti joggal,
6. rendelkezik Salgótarján közigazgatási területén belül lévő 1 db (élettvitelszerűen használt) lakásra vonatkozó bérleti szerződéssel,
7. fogorvosi tevékenység esetén részt vesz az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásban.

III. Támogatási összeg: az II.6. pontban meghatározott lakás bérleti díjának 70%-a, de legfeljebb 260.000 Ft/lakás/hó.

IV. Támogatás időtartama: a pályázat benyújtását követő hónap első napjától, a lakásbérleti jogviszony időtartamáig, de legfeljebb 3 év.

V. A pályázathoz csatolni szükséges:

- kérelem nyomtatvány,
- a végzettséget, szakképesítést igazoló okiratok másolatát,
- részletes, szakmai tevékenységet bemutató önéletrajzot,
- 30 napnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványt,
- Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladatellátási szerződés esetén a működési engedély másolata, vagy Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszonyt igazoló kinevezés másolata,
- Salgótarján közigazgatási területén belül lévő 1 db (életritelszerűen használt) lakásra vonatkozó érvényes lakásbérleti szerződés másolatát,
- a lakcímet igazoló kártya másolatát,
- nyilatkozatot, amely szerint hozzájárul ahhoz, hogy a pályázat elbírálásában résztvevők a pályázati anyagot megismerhessék.

VI. A pályázat benyújtásának határideje: A működési engedély kiállításának, vagy az egészségügyi szolgálati jogviszony létesítésének napját követő 3 hónapon belül.

VII. A rendelkezésre álló forrás: Az Önkormányzat tárgyévra vonatkozó költségvetési rendeletében meghatározott összeg.

VIII. A pályázat benyújtásának módja:

A pályázatot postai úton, személyesen vagy elektronikus úton, az előírt mellékletekkel együtt, az alábbi címre kérjük benyújtani:

Salgótarján Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala
Humánszolgáltatási és Szervezési Iroda
3100 Salgótarján, Múzeum tér 1.
human@salgotarjan.hu

IX. A pályázat elbírálásának határideje: a pályázat benyújtását követő 60 napon belül

A pályázat támogatásáról Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatának Közgyűlésének Népjóléti Bizottsága dönt. A támogatásban részesülő pályázóval Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzata a feltételeket tartalmazó határozott időre szóló támogatási szerződést köt. A döntés ellen jogorvoslatra nincs lehetőség.

X. A támogatási szerződés megkötésének határideje: a Népjóléti Bizottság döntésének kézbesítésétől számított 15 napon belül.

XI. A jogosulatlanul igénybe vett támogatás határidőben való visszafizetése esetén a támogatás összegén felül a visszafizetési kötelezettség időpontjától kezdődően a mindenkori jegybanki alapkamatnak megfelelő alapkamatot, a határidőben történő meg nem fizetés esetén a támogatás összegén felül a mindenkori jegybanki alapkamat kétszeresének megfelelő mértékű kamatot is meg kell fizetni.

KÉRELEM
orvosok lakhatási támogatására

I. Pályázat tárgya
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatának célja, hogy az egészségügyi alapellátás működőképességének megtartása érdekében elősegítse Salgótarjánban a salgótarjáni alapellátásban jogviszonyt létesítő orvosok letelepedését.

II. Pályázó háziorvos/házi gyermekorvos/fogorvos tevékenység végzésére jogosult személy adatai			
Pályázó:	☐ háziorvos	☐ házi gyermekorvos	☐ fogorvos
Név:			
Születési név:			
Születési hely:		Születési idő:	
Lakcím:			
Elérhetőség:	Tel.:	e-mail:	

III. Betöltött háziorvosi/házi gyermekorvosi/fogorvosi szolgálat címe

IV. Nyilatkozatok	
Nyilatkozom, hogy a körzet betöltését legalább 6 évig vállalom.	☐
Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom:	
a pályázati feltételeket elfogadom	☐
praxisjoggal nem rendelkezem.	☐
Az ügyeleti ellátásban történő részvételt vállalom (fogorvosi tevékenység esetén).	☐
A pályázat benyújtásakor Salgótarjánban, illetve Salgótarján közigazgatási határától számított 30 km-en belül lakóingatlan-tulajdonnal vagy lakóingatlanban tulajdoni hányaddal, vagy lakóingatlanon fennálló hasznélvezeti joggal nem rendelkezem.	☐
Lakóingatlan-tulajdon vagy lakóingatlanban tulajdoni hányad, vagy lakóingatlanon fennálló hasznélvezeti jog szerzése esetén a pályázat kiírója felé – haladéktalanul – bejelentési kötelezettséggel élek.	☐
A pályázat részét képező lakásbérleti szerződésben történő változást, annak megszűnését haladéktalanul bejelentem a pályázat kiírója felé.	☐
A területi ellátási kötelezettséget:	
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladat-ellátási szerződés keretében látom el.	☐
Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával létesített egészségügyi szolgálati jogviszonyban látom el.	☐

A pályázati adatkezelési tájékoztatót a www.salgotarjan.hu / Adatvédelem és közérdekű adatok megismerése / Adatkezelési tájékoztatók elérhetőségen megismertem és tudomásul vettem.	☐
V. Csatolt dokumentumok:	
Salgótarján és Térsége Egészségügyi-Szociális Központjával egészségügyi szolgálati jogviszonyt igazoló kinevezés másolata	☐
Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött feladatellátási szerződés esetén a működési engedély másolata	☐
Pályázóval kötött, Salgótarján közigazgatási területén belül lévő 1 db (életritelszerűen használt) lakásra vonatkozó hatályos lakásbérleti szerződés másolata	☐
A lakcímet igazoló kártya másolata (a személyi azonosítószámot nem tartalmazó oldaláról)	☐

Tudomásul veszem, hogy a pályázatom kedvező elbírálása esetén csak akkor részesülök a támogatásban, ha Salgótarján Megyei Jogú Város Önkormányzatával határozott időre szóló támogatási szerződést kötök, és az abban foglaltaknak eleget teszek.

Dátum: Salgótarján, (év)(hó)(nap)

.....
aláírás