



REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor's phone: +359 + 0537 /2 3466
Fax: +359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530

http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон: +359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс: +359+0537/95530
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /95523
+359 + 0537 /95525



Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР.НОВИ ПАЗАР



ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на Д. I

II
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Д. I от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. „ „ № регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-487/28.05.2020 г. за отпускане на еднократна помощ за лечение.

Д. I е на 33 г., неомъжена, живее с трите си деца – на 7 години, I на 2 години и F на 2 години. Дъщеря ѝ M с Експертно решение с водеща диагноза Детски аутизъм. До момента за лечението ѝ са проведени 15 процедури на терапия, в размер на 1500 лв., които не се покриват от НЗОК. Необходими са още две серии от 10-15 процедури до края на годината.

Доходите на г-жа Петрова са в размер на 896,85 лв. средномесечно.

Молбата на лицето е да му бъде изплатена сума съобразно приложената към заявлението фактура.

Предвид гореизложеното предлагам Общински съвет да вземе следното

РЕШЕНИЕ:

На основание чл.21, ал.2 от ЗМСМА във връзка Правилник за отпускане на еднократна финансова помощ на жителите от Община Нови пазар приет с Решение № 44 от 28.01.2016 г. и Решение № 5, т.7.2 / 30.01.2020 г., на Общински съвет Нови пазар

РЕШИ:

1. Отпуска еднократна финансова помощ на Д. I размер на 250,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация” §4214 срещу представяне на разходооправдателни документи.

ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

Съгласували:

Златина Таскова – зам.кмет на Община Нови пазар

Жанета Желязкова – и-к отдел „ХП и ППСН”

Проверил:

Борислав Георгиев – гл. юристконсулт

Изготвил:

Илияна Койчева – специалист „СД”

9. Покриване на разходите за специализиран транспорт на болно лице и придружителят му при извършване на животоспасяваща интервенция.
10. Възстановяване на щети от бедствия /природни явления, инциденти и аварии/.
11. За осигуряване на временен подслон.
12. Помощ при кандидатстване във ВУЗ.
13. Помощ за подготовка на абитуриенски бал.

ДЕКЛАРИРАМ:

I. Семейно положение:

Декларатор:
(име, презиме, фамилия)

ЕГН:

Семейно положение: *НЕОСИГУРЕН*

Съпруг/съпруга:
(име, презиме, фамилия)

ЕГН:

Постоянен адрес: гр./с., община

Област

ул. №, бл., вх., ет., ап.

Настоящ адрес: гр./с., община

Област

ул. №, бл., вх., ет., ап.

телефон за връзка:

II. Социална група

Декларатор:	Съпруг (съпруга)
<input checked="" type="checkbox"/> Работещ <input type="checkbox"/> Осигурен <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Друго.	<input type="checkbox"/> Работещ <input type="checkbox"/> Осигурен <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Друго.
<input type="checkbox"/> Безработен <input type="checkbox"/> Неосигурен <input type="checkbox"/> Учащ се	<input type="checkbox"/> Безработен <input type="checkbox"/> Неосигурен <input type="checkbox"/> Учащ се

III. Здравословно състояние

Декларатор:	Съпруг (съпруга)
<input checked="" type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК <input type="checkbox"/> над 90% с ЧП <input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%	<input type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК <input type="checkbox"/> над 90% с ЧП <input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%
<input type="checkbox"/> с ЛКК <input type="checkbox"/> над 90% <input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%	<input type="checkbox"/> с ЛКК <input type="checkbox"/> над 90% <input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%

IV. В състава на семейството ми има/няма членове на възраст до 18 г., и те са:

(варното се подчертава)

Име, презиме, фамилия	ЕГН	Посещава училище	Здравословно състояние:
1. <i>Димитър Димитров</i>		<input checked="" type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК <input type="checkbox"/> над 90% с ЧП <input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%
2. <i>Мариана Димитрова</i>		<input checked="" type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> с ЛКК <input type="checkbox"/> над 90% <input checked="" type="checkbox"/> от 50 до 69,99%
		<input checked="" type="checkbox"/> ДА	<input checked="" type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ЛКК

		<input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК <input type="checkbox"/> над 90% с ЧП <input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%	<input type="checkbox"/> над 90% <input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%
3.		<input checked="" type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК <input type="checkbox"/> над 90% с ЧП <input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%	<input type="checkbox"/> над 90% <input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%

V. Декларирам, че ИМАМ/НЯМАМ деца, на възраст над 18 г., и те са:
(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VI. Декларирам, че съжителствам/ не съжителствам със следните лица:
(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				
3.				

VII. Лица, задължени по закон да осигуряват издръжка (на декларатора):

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VIII. Декларирам, че доходите на семейството ми/на съжителстващите с мен лица през
предходните шест месеца са общо: лв.

IX. Обитавано жилище:

Състои се от Стаи (без преходен хол, кухня и сервизни помещения).

Собственост на:

собствено

държавно/ведомствено

- общинско
 не притежавам

1. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) е единствено за семейството ми:

- ДА НЕ

2. Жилището, което обитавам (в т.ч. членовете на моето семейство/съжителстващите с мен лица) не е застраховано в застрахователна институция и имам документ за собственост:

- ДА НЕ

X. Декларирам, че притежавам следната друга недвижима собственост и движима собственост:

.....
.....
.....
.....

XI. Декларирам, че съм/не съм сключил/а договор за предоставяне на собственост срещу задължение за идръжка и/или гледане. (вярното се подчертава)

XII. Декларирам, че съм/не съм получавал помощи на същото основание от друг орган или друга/и институция. (вярното се подчертава)

Съгласен/а съм Община Нови пазар да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с подадено Заявление-декларация за получаване на еднократна финансова помощ от бюджета на Община нови пазар. ДА НЕ

При промяна на обстоятелствата и условията, при които подавам настоящето Заявление-декларация до датата на вземане на Решение от Общински съвет-Нови пазар, относно същото, се задължавам в три дневен срок да уведомя Община Нови пазар. ДА НЕ

Прилагам следните документи:

1. Експертно решение от ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК/РЕЛК,: ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО
2. Епикриза ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО
3. Фактури за извършените разходи ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО
4. Документи за дохода на членовете на семейството за предходните 6 месеца
 ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО
5. Разпореждане от НОИ за размера на отпуснатата/и пенсии ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО
6. Декларация за доходите (ако лицетоне работи) ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО
7. Служебна бележка за регистрация в Дирекция „Бюро по труда”.
 ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО

8. Удостоверение за родствени връзки, издадено не по-късно от шестмесечен срок преди датата на подаване на документите. ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО

9. Документ удостоверяващ наличие на бедствие, авария или пожар, удостоверено от надлежен орган (лице) ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО

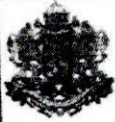
10. Документ за собственост ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО

11. Други (моля опишете)

Известно ми е, че за деклариращи от мен неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата: 28.05.2020г.
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: / (подпис) ..



REPUBLIC OF BULGARIA
NOVI PAZAR MUNICIPALITY
Mayor's phone: +359 + 0537 /2 3466
Fax: +359 + 0537 / 2 40 10
Fax: +359+0537/95530
http://novipazar.acstre.com
E-mail: npazar@icon.bg
novipazar@novipazar.bg

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
КМЕТ телефон: +359 + 0537 /2 3466
Факс: + 359 + 0537 /2 40 10
Факс: +359+0537/95530
Зам кмет :
телефон +359 + 0537 /95523
+359 + 0537 /95525



Община Нови пазар е сертифицирана по ISO 9001:2015

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

към чл.10, ал.1, т.1 от

Вътрешните правила за защита
на лични данни в Община Нови пазар

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ

Аз, полуподпиасан/ият/ата

(име, фамилия, друга информация за идентификация)

с настоящото декларирам, че давам съгласието си Община Нови пазар

(посочва се трета страна, обработващ при необходимост)

да обработва и съхранява моите лични данни, в качеството на администратор на лични данни за целите на административното обслужване, във връзка с :

заявление за еднократна помощ
(изрично уточнявате целите, които се преследват с обработването на тези лични данни)

Съзнавам, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време.

Съзнавам, че оттеглянето на съгласието ми по-късно няма да засегне законосъобразността на обработването, основано на даденото сега съгласие.

Дата: 18.05.2020

Декларатор [подпис]
(подпис)

Получено от:на.....
(име, фамилия и подпис на длъжностното лице) (дата)

ПОЛИТИКАТА ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ на Община Нови пазар е публикувана на интернет страницата на Община Нови пазар www.novipazar.acstre.com, както и в центъра за административно обслужване, кметствата на населените места на територията на община Нови пазар

Наименование на фирмата: ВИ Д. ЕООД
Адрес: гр./с. Шумен ХАН ОМУРТАГ № 20 А
ЕИК: 204549653

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Изм. № 014 / 27.05.2020 г.

Настоящото се издава на Д-р на длъжност Продавач-консултант,
ЕГН: живуща на адрес: гр./с. НОВИ ПАЗАР, С БТ.1, в уверение на това, че
същият/та е получил/а следният брутен доход за периода от 01.04.2020 г. до 30.04.2020 г. в лева.

Година, месец	Дни с осигурителен стаж	Дни без осигурителен стаж	Брутен доход	Осигурителен доход	Нетно възнаграждение
2020г., април	20	0	156.48	183.00	124.57
Общо за периода:	20	0	156.48	183.00	124.57

Словом: Сто петдесет и шест лв. и 48 ст.

Забележка:

Удостоверението се издава да послужи пред: ПРИ НЕОБХОДИМОСТ

Дата: 27.05.2020 г.
гр./с. Шумен

Управител
(ЖЕНИ ЕИ ВА БОГДАНОВА)
Изготвил:
(МАРГАРИ ВА)

Изх.№ 25 от дата 26.05.20 година

ДИЗЕЛОР ЕООД
1528 София
ул. "Амстердам" №4

130568248
Идентификационен код по БУЛСТАТ

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Удостоверяваме, че на Димитричка Радева Петрова
ЕГН 8705058772, са изплатени трудови възнаграждения и е ползвал отпуски за посочените месеци

Година, календарен месец	Брой на отработените дни, включително дните на платен отпуск	Брутно трудово възнаграждение	Сума нетно възнаграждение	Средно дневно нетно възнаграждение	Работни дни в отпуск поради временна нетрудоспособност или бременност и раждане		Сума на паричното обезщетение	Среднодневен размер на паричното обезщетение	Работни дни в неплатен отпуск или отглеждане на дете и други работни дни за които лицето подлежи на СО за всички социални рискове	Начислено за месец
					Общо	В т.ч. заплата за сметка на осигурителния фонд				
	дни	лв.	лв.	лв.	дни	дни	лв.	лв.	дни	
1.11.2019	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	1.10.2019
1.12.2019	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	1.11.2019
1.01.2020	0	0.00	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	1.12.2019
1.02.2020	15	415.91	322.74	21.52	0	0	0.00	0.00	0	1.01.2020
1.03.2020	20	610.00	473.35	23.67	0	0	0.00	0.00	0	1.02.2020
Общо	35	1,025.91	796.09	22.75	0	0	0.00	0.00	0	

За посочения период редовно са внасяни дължимите осигурителни вноски за всички социални рискове

Изготвил: _____
(трите имена и длъжност)

г.п.счетоводител: _____
(трите имена и подпис)

Ръководител: _____
(подпис и печат)



"ДОРИС" ООД
 Варна, бчл. Мария Луиза 24
 ЕИК: 103119039
 УТЦ "ТИПАМЪК"
 Варна, ул. Мусала 6

#0001 Оператор 20 0020
 ИНДИВИД. ЗАНИМАНИЯ 1500.00 Б
ОБЩА СУМА: 1500.00

В БРОИ ПВ 1500.00
 000312 20.05.2020 16:54:08
 01 артикул



ФИСКАЛЕН БОН
 04525451 36683924
 46FF7-38C00-1FBFB-3741C
 FD3BF-9C1AA-66CA7-B344A

ПОЛУЧАТЕЛ	ДОСТАВЧИК
Гр./ул. <u>Нови Пазар</u>	ТД на НАП: Варна
ЕИК No: по ДДС <u>BIG</u>	"ДОРИС" ООД
ЕИК No: /ЕГН <u>8705058772</u>	гр. Варна, ул. Мария Луиза №24
М.О. Лице	ЕИК No: /ЕГН <u>103119039</u>
<input type="checkbox"/> Дебитно известие	М.О. Лице: <u>Дороти Борова</u>
<input type="checkbox"/> Кредитно известие	

Към фактура No: _____ **ФАКТУРА № 0000000081** Дата на издаване 20 г.

№	Наименование и шифър на стоката/услугата	Мярка	Количество	Един. цена	Стойност
1	<u>Тробоенуване на</u>	<u>30</u>	<u>50</u>	<u>1500</u>	
2	<u>и на следващи</u>				
3	<u>20 минути на</u>				
4	<u>изпълнение на</u>				
5	<u>сметката</u>				
6	<u>НАП</u>				
7					
8	<u>ЕГН</u>				
9					

Словом: хила 999 и пет стотин лева Сума за плащане 1500

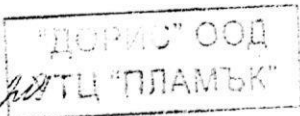
Основание за неначисляване на данък член 113, ал. 9 Други обстоятелства

Получател: А Съставил: ДОРИС ООД Начин на плащане: в брой банков превод

ВКС: FINVBGSF
 Банк. с/ка: BG 85 FINV 9150 10UB 4539 74
 Банка: Първа Инвестиционна Банка

Дата на данъчното събитие 20 г.

Изм. № 023/20.05.2020
ДО: Община гр. Нови Пазар



ЕТАПНА ЕПИКРИЗА

М
ЕГН
Адрес: гр. Нови Пазар, ул. С.

Диагноза: F 84.0 Генерализирано разстройство на развитието

Анамнеза: Момиче от нормална бременност и раждане, но 2-3 дена пролежава в кувьоз. Прохожда на 11 м.в. и на 1 г.в. се появяват първи думи. След навършване на 2 години от детето родителите съобщават за съществен регрес в речта и нервно-психичното развитие. Затваря се в себе си, спира да обръща внимание на родителите си, появяват се стереотипни движения – върти се в кръг, маха и пърха с ръце. Говора спира напълно. Запушва уши с ръце. Става много неспокойна, изнервена, не се подчинява. Започват пристъпи на „нервни кризи“, продължаващи и до сега. Изпитва страх от силни звуци, Обръща голямо внимание на детайли. Играе сама, изолира се от връстници, избягва очен контакт. За последните 12 месеца се появява ехололична реч, а след процедури с транскраниална модуляция през февруари 2020 се отчита известно подобрене, появата на кратки свързани изречения и се подобрява разбирането. До момента са проведени 15 процедури, които родителите са заплатили, понеже терапията не се покрива от НЗОК. За затвърждаване на постигнатото са необходими поне още две серии от 10-15 процедури до края на годината.

Обективно: *Добро общо състояние. Липсват данни за МРД. ЧМН – интактни. Без данни за латентни парези. Рефлекси леко отслабени. Координационни проби - не изпълнява. Сензо-моторно неспокоен, движи се и подскача, когато е на място. ГР не контролира добре.*

Количествено ЕЕГ изследване: за период от 3 месеца след провеждане на процедурите по транскраниална модуляция се отчита подобрене и нормализиране на стойностите на мозъчните вълни, но все още са налични разлики от нормата за възрастта

Предлага се пред Община гр. Нови Пазар за поемане на разходите за лечение.

Гр. Варна
20.05.2020 г.

Д-р Иля
Д-р Плам
Невролог



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Населено място/ район ГР.НОВИ ПАЗАР
Община НОВИ ПАЗАР
Област ШУМЕН

Изх.№ 16

Дата: 28.05.2020 г.
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: Д _____
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

е със семейно положение: **НЕОМЪЖЕНА**

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.	Р, Р,		БАЩА	06.07.2016
2.	М/ А'		МАЙКА	-----
3.	М М		ДЪЩЕРЯ	-----
4.	Р Г		ДЪЩЕРЯ	-----
5.	Г Г		СИН	-----
6.	Р П		СЕСТРА	-----

Удостоверението е издадено на основание чл. 15, ал. 1 от Наредбата за издаване на удостоверения въз основа на регистъра на населението

Длъжностно лице: **СИЛВИЯ СТЕФАНОВА**
име, собствено фамилно

Подпис и печат:

"МБАЛ Шумен" АД - гр. Шумен

наименование на лечебно заведение

ЭКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ №

0 2 1 4

от 0 1 6

2 3 0 1 1 9
ден мес. год

2 7 1 0

ТЕЛК за: ТЕЛК I състав към МБАЛ Шумен

Председател: Д-Р В. МАНОЛОВА

Членове: 1. Д-Р Д. ДЕНЕВА

2. Д-Р И. ПОПОВ

3. Д-Р Г. ИВАНОВА

4. Д-Р С. СИМЕОНОВА

5.

6.

1. На М... име, презиме, фамилия

ЕГН []

Лична карта № _____ Издадена на _____ от _____

валидна до _____

2. Законен представител

Д

име, презиме, фамилия

ЕГН []

Лична карта № _____

дадена на _____

от МВР-ШУМЕН

валидна до 10.03.2027

3. Постоянен адрес:

Обл. Шумен Общ. Нови пазар - гр. Нови пазар УЛ.

обл. общ. гр. (с.), ж.к., бл., вх., ап., ул. №

2 7

4. Настоящ адрес:

Обл. Шумен Общ. Нови пазар - гр. Нови пазар УЛ.

обл. общ. гр. (с.), ж.к., бл., вх., ап., ул. №

2 7

5. Трудова заетост

не работи: дете

1 работи - професия; 2 работи - пенсионер с лична пенсия за инвалидност; 3 не работи; 4 умрял; 5 с придобито право на пенсия за ОСВ; 6 работи - пенсионер с придобито право за пенсия за ОСВ;

3

6. Състояние до експертизата:

без % вид и степен на увреждане

1 без % вид и степен на увреждане; 2 над 90% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 3 над 90% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 4 71%-90% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 5 71%-90% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 6 50%-70% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 7 50%-70% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 8 до 50% вид и степен на увреждане

1

7. Вид експертиза:

освидетелстване

1 освидетелстване; 2 преосвидетелстване; 3 частична; 4 консултация

1

8. Начин на вземане на решение:

След преглед

1 по документи; 2 след преглед

2

9. Место на експертиза:

ТЕЛК

1 ТЕЛК; 2 дсм; 3 социално заведение; 4 др.

1

10. Оценка на работоспособността:

65% вид и степен на увреждане без чужда помощ

1 без % вид и степен на увреждане; 2 над 90% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 3 над 90% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 4 71%-90% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 5 71%-90% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 6 50%-70% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 7 50%-70% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 8 до 50% вид и степен на увреждане

7

Обжалвани болнични листове: _____

11. Срок на чуждата помощ:

0 0 0 0 0 0
ден мес. год

12. Срок на определения % трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане

0 1 0 1 2 2
ден мес. год

за 3 години 3
1 г.; 2 г.; 3 г.; 4 пожизнен

13. Инвалидност по причини:

	Общо заболяване	Трудова злополука	Професионално заболяване	Общо тр. злоп. и проф. забол.	Военна инвалидност	Гражданска инвалидност
% тр. н. раб.	65.0%	----	----	----	----	----
Дата инв.	18.07.2018	----	----	----	----	----

1 0 0 0 0

14. Водеща диагноза: Детски аутизъм

F 8 4 . 0

15.1. Общо заболяване: ДЕТСКИ АУТИЗЪМ

F 8 4 . 0

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ
гр. Шумен

ВЛЯЗЛО В СИЛА

Дата: 08.02.2018

Подпис: Иванопова

15.2. Трудова злополука:

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

15.3. Професионално заболяване:

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

16. Противопоказни условия на труд:

17. Препоръки за по-нататъшно наблюдение и рехабилитация: **РЕДОВНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ ОТ ПСИХИАТЪР И КЛИНИЧЕН ПСИХОЛОГ**

Констатация от медицинските изследвания, представените документи и мотиви за експертното решение:

ПРЕГЛЕД НА: 23.01.2019 г.

МОТИВИ: ДЕТСКИ АУТИЗЪМ, ЛЕКИ КАЧЕСТВЕНИ НАРУШЕНИЯ В СОЦИАЛНИТЕ ВЗИМООТНОШЕНИЯ И НАЧИНА НА КОМУНИКАЦИЯ И ПОВЕДЕНИЕ - ПО ЧАСТ 2 РАЗДЕЛ 9 Т. 2.1 - ОПРЕДЕЛЯ 65% ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ.

СРОК НА ОПРЕДЕЛЕНИЯ % ВИД И СТ. НА УВР. - 3 ГОДИНИ

ДИ: се определя 18.07.2018 г. - датата на мед. направление за ТЕЛК.

ЕР на ТЕЛК се издава на днешна дата след представяне на Епикриза №51608/16/2018 г. от IV-та ДЮП на УМБАЛ "Св. Марина" гр. Варна.

АНАМНЕЗА: Касае се за дете на 6 години, родено от първа нормално протекла бременност и раждане. Проходила и проговорила навреме. След 2-годишна възраст внезапно спряла да говори, станала нервна и неподчиняема. Обръщала голямо внимание на детайлите, не се заигравала. Повтаряла думите ехолалично. Не говори пълноценно. Когато иска да каже нещо, си измисля думи.

ОБЕКТИВНО: ПСИХИЧНО: Психомоторно е спокойна, със стереотипи. Осъществява очен контакт. Речта е трудно разбираема, с ехолалии. Мисловният процес не може да се изследва пълноценно. Емоционално еутимна.

ПРИЛОЖЕНИЕ: Консулти с детски психиатър, клиничен психолог, Етапна епикриза от детски психиатър от 03.10.2018 г., Епикриза №51608/16/2018 г. от IV-та ДЮП на УМБАЛ "Св. Марина" гр. Варна - ползвани и приложени.

СС/АД
ПОЛУЧИХ ЕР НА ТЕЛК НА:
(дата, година)

ПОДПИС НА ЛИЦЕТО:

УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ:



2
3
4
5