



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](mailto: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 Н**

Д

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

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Н Д С от с. Зайчино ореше, общ. Нови пазар, ул. № регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-739/18.09.2020 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение.

Г С е на 47 г., неомъжена, живее на семейни начала с Г И Г През 2018 г. г-жа С няколкократно е постъпвала за лечение в „Многопрофилна болница за активно лечение – Шумен” АД, с окончателни диагнози през месец февруари - Остър перитонит, през месеците април, май и юни – Курс радиотерапия (поддържаща), през октомври – Наличие на колостома. Г-жа С има издадено Експертно решение № 1539/108 от 19.09.2018 г. с водеща диагноза – Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на шийката на матката.

На 26.02.2020 г. г-жа С постъпва в „Многопрофилна болница за активно лечение – Шумен” АД с окончателна диагноза – Доброкачествено образование на пик. мехур. Последвало е оперативно лечение.

На 27.08.2020 г. г-жа С постъпва в Университетска болница УМБАЛ „Света Марина” ЕАД – Варна с диагноза – Хроничен цистит, Хематурия, Везико-вагинална фистула. Последвало е отново оперативно лечение.

Предстои ѝ нова операция в МБАЛ „Света Марина” ЕАД гр. Варна, за която г-жа С трябва да заплати 7000,00 лв.

Доходите на г-жа С и г-н Г са в размер на 817,34 лв. средномесечно.

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 Н  Д  С  в размер на 1000,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация” §4214 без представяне на разходооправдателни документи.
3. Допуска предварително изпълнение на основание чл. 60 от АПК.

**ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ**

*Кмет на Община Нови пазар*



**Съгласували:**

Златина Таскова – зам.кмет на Община Нови пазар

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

**Проверил:**

Борислав Георгиев – гл. юристконсулт

**Изготвил:**

Илияна Койчева – специалист „СД”



*Мисис Стойков  
 Да се извърши проверка на данните  
 от 18.09.2017  
 за да се види дали данните са верни  
 18.09.17*

ДО  
 КМЕТА  
 НА ОБЩИНА  
 НОВИ ПАЗАР

ОБЩИНА гр. Нови пазар	
страционен индекс и дата	
739 / 18.09 2017	
пълнение	

**ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ**

**Данни на кандидата:**

Име: .....  
 (име, презиме и фамилия)  
 Постоянен адрес: гр./с. Зайска Вреще община Нови пазар  
 Обл. М-лен,  
 ул. .... № ..... бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....  
 Настоящ адрес: гр./с. Зайска Вреще, община Нови пазар  
 Област М-лен,  
 ул. .... № ..... бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....  
 телефон за връзка: .....

**Данни на законния представител на кандидата:**

.....  
 (име, презиме и фамилия)  
 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: .....

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО КМЕТ,**

Желая да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за:  
 (подчертава се вида на исканата еднократна помощ)

1. Пострадалот природни бедствия/пожари, наводнения, земетресения, урагани, мълни и др. /с временно/ трайно нарушение на здравето/инвалидност над 90%.
2. Дете с тежки остри или хронични заболявания, лечението на което не се покрива на 100% от НЗОК.
3. Пострадал при злополука с временно или трайно нарушение на здравето.
4. Столетник.
5. Задоволяване на инцидентно, непредвидимо и извънредно възникнали здравни проблеми, (ако разходите за лечението надвишава десетократния размер на минималната работна заплата за страната.)
6. Закупуване на животоспасяващи и скъпоструващи медикаменти, невключени в актуалния позитиве лекарствен списък на НЗОК.
7. Диагностициране на редки заболявания, нефинансирани от НЗОК.
8. Еднократна помощ за животоспасяваща операция, извършена в рамките на финансовата или 12-ти месец на предходната година.

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: He ..... Р. ..... С .....  
 (име, презиме, фамилия)

ЕГН ..... Семейно положение: .....

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 type="checkbox"/> Работещ	<input type="checkbox"/> Безработен	<input type="checkbox"/> Работещ <input type="checkbox"/> Безработен
<input type="checkbox"/> Осигурен	<input type="checkbox"/> Неосигурен	<input type="checkbox"/> Осигурен <input type="checkbox"/> Неосигурен
<input checked="" type="checkbox"/> Пенсионер	<input type="checkbox"/> Учащ се	<input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Учащ се
<input type="checkbox"/> Друго.		<input type="checkbox"/> Друго.

**III. Здравословно състояние**

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

**IV. В състава на семейството ми има/няма членове на възраст до 18 г., и те са:**  
*(вярното се подчертава)*

Име, презиме, фамилия	ЕГН	Посещава училище	Здравословно състояние:	
1.		<input type="checkbox"/> ДА <input checked="" type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> здрав <input type="checkbox"/> с ЛКК	<input type="checkbox"/> с ЛКК
			<input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК <input type="checkbox"/> над 90%	<input type="checkbox"/> над 90%
			<input type="checkbox"/> над 90% с ЧП <input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%	<input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%
2.		<input type="checkbox"/> ДА	<input 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 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.			Зай сино време на семейство	на жена
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: 3980..... лв.

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ....4.... Стаи (без преходен хол, кухня и сервизни помещения).

Собственост на:

- собствено съсобствено  
 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: .....

..... *нямаме* .....

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 декларирани от мен неверни данни носят наказателна отговорност по чл.313 от НК.**

Дата: 18.09.2020  
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: .....  
(подпис)





REPUBLIC OF BULGARIA  
 NOVI PAZAR MUNICIPALITY  
 Mayor's phone: + 359 + 0537 /2  
 3466  
 Fax: +359+0537/24010  
 Fax: +359+0537/95530

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

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
 ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР  
 КМЕТ телефон: +359 + 0537 /2  
 3466  
 Факс: + 359 + 0537 /2 40 10  
 Факс: +359+0537/95530  
 Сам 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, долуподписан/ият/ата

*H.* ..... *D.* ..... *C.* .....  
 (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:

.....  
 (изрично уточняват се четите, 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  
 Законсъобразността на обработването, основано на даденото съгласие.

Дата: *18.09.20*

Декларатор: .....

Получено от *С Стоянова* ..... на *18.09.20*  
 (име, фамилия и подпис на длъжностното лице) (дата)