



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 ОБЩНСКИ СЪВЕТ
ГР.НОВИ ПАЗАР



ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ

Кмет на Община Нови пазар

**ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на I
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩНСКИ СЪВЕТНИЦИ,**

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Г С И от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. „Петър Берон” № регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-934/23.11.2020 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение.

Г И е на 69 г., живее със съпругата си П И

По данни от представената епикриза, на 08.10.2020 г. г-н И е постъпил за лечение в МБАЛ „Света Анна – Варна” АД гр. Варна с окончателна диагноза – Други първични гонартрози в ляво. Последвала е оперативна процедура, за която г-н И е заплатил 2100,00 лв.

Г-н И и г-жа И са пенсионери, като средномесечно получават 587,50 лв.

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 с чл. 21, ал.1, т. 23 от ЗМСМА, във връзка с чл. 4, т. 10 от 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 Г С И в размер на 350,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация” §4214 срещу 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”

ОБЩИНА гр. Нови пазар	
Регистрационен индекс №-дата	
2P-934/23.11.2020	
Срок за изпълнение	

Приложение №1
 ДО
 КМЕТА
 НА ОБЩИНА
 НОВИ ПАЗАР

г. Младарева
Да се извърши проверка и изготви
судебно решение за обявяване на м. 1
ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

.....
 (име, презиме и фамилия)
 Постоянен адрес: гр./с. *Нови пазар*, община *Нови пазар*
 Област *Мургаб*, ул. *П. В. Гер. Берон* № бл., вх., ет., ап.
 Настоящ адрес: гр./с. *Нови пазар*, община *Нови пазар*
 Област *Мургаб*, ул. *П. В. Герон* № 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, мълнии 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: С. П.
(име, презиме, фамилия)

ЕГН: Семейно положение: Нощец

Съпруг/съпруга: К. П.
(име, презиме, фамилия)

ЕГН:
Постоянен адрес: гр./с. Нови мазар, община Нови мазар

Област М. М. С. Н. л., вх., ет., ап.
ул. П. Б. Р. П. К.

Настоящ адрес: гр./с. Нови мазар, община Нови мазар

Област М. М. С. Н. № бл., вх., ет., ап.
ул. П. Б. Р. П. К.
телефон за връзка:

II. Социална група

Декларатор:	Съпруг (съпруга)
<input type="checkbox"/> Работещ <input type="checkbox"/> Осигурен <input checked="" type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Друго.	<input type="checkbox"/> Работещ <input type="checkbox"/> Осигурен <input checked="" 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 type="checkbox"/> здрав <input checked="" 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 checked="" 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: (вярното се подчертава)

Име, презиме, фамилия	ЕГН	Посещава училище	Здравословно състояние:
1.		<input 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.		<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.				
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/ведомтсвено

- 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 носят наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата: 23.11.2020
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

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, долуподписан/ият/ата

Тр

Ср

Ри

(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:

зазвемие

(изрично уточняват 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 съгласие.

Дата: *23.11.2020г*

Декларатор:

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

ТАЛОН
ЗА
МЕДИЦИНСКО ИЗДЕЛИЕ – 08.2020г.

КОД № M06061030000009

КОЛЯННА СТАВА SIGMA

Sigma инсърт GVF; Sigma феморален компонент; Sigma тибиялен компонент PFC Sigma патела. Колянна ендопротеза за първично протезиране с циментно закрепване, с жертване на ЗКВ, с фиксирана тибиялна платформа.

DePuySynthes/Johnson&Johnson

Клиника : Ортопедия и травматология

Фирма доставчик: „Фаркол” АД

Цена 1 900,00 лева

ИЗ № 11713

Име на пациента:.....

ЕГН:.....

ПОДПИС

лекуващ лекар





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

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ!
на осн. чл. 40 ал. 1 от зго - без такси

Изх.№ СЛУЖЕБНО

Дата: 02.12.2020 г.
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГА И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: **И** **С** **ЗИ**
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане:

е със семейно положение: **ЖЕНЕН**

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.	К ПЕ И.		СЪПРУГА	---
2.	С С		СИН	---
3.	Ж Г М		ДЪЩЕРЯ	---

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

Длъжностно лице: **НИКОЛИНКА ЦВЕТКОВА**
име: собствено фамилно

Подпис и печат:



ТАЛОН ЗА МЕДИЦИНСКО ИЗДЕЛИЕ

Пациент Г. Г. Г. ЕГН 11713

Отделение Ортопедия Фирма доставчик Зорис

- | | | |
|----|--------------------|--------------------|
| 5. | <u>Синтеза 100</u> | Цена: <u>200лв</u> |
| 6. | <u>Синтеза 100</u> | Цена: |
| 7. | <u>Синтеза 100</u> | Цена: |
| 8. | <u>Синтеза 100</u> | Цена: |

Лекар.....



ТАЛОН ЗА МЕДИЦИНСКО ИЗДЕЛИЕ

Пациент Г. Г. Г. ЕГН 11713

Отделение Ортопедия Фирма доставчик Зорис

- | | | |
|----|--------------------|--------------------|
| 5. | <u>Синтеза 100</u> | Цена: <u>200лв</u> |
| 6. | <u>Синтеза 100</u> | Цена: |
| 7. | <u>Синтеза 100</u> | Цена: |
| 8. | <u>Синтеза 100</u> | Цена: |

Лекар.....

