



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

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Р; И П от гр. Нови пазар, ул. „Патриарх Евтимий” № в ет ап. регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-880/12.11.2020 г. за отпускане на еднократна помощ за лечение.

Р И П е на 34 години. На 8 годишна възраст е опериран Астроцитом в ЗЧЯ, при което е увреден лицевия ѝ нерв вдясно. Вследствие на това Р П има тежка лицева асиметрия поради прекъснатия растеж на лявата лицева половина. Г-жа Р има издадено Експертно решение № 0210/017 от 15.02.2018 г. с водеща диагноза – Злокачествено новообразувание на главния мозък.

През периода 11.2019 г. – 11.2020 г. г-жа Р; няколкократно е постъпвала в клиника по пародонтология и имплантология „АИППМПДМ Д-р Пресиян Кръстев” ЕООД, с. Тополи, където са ѝ извършени множество стоматологични манипулации на стойност 8440,00 лв.

Г- жа П живее с майка си, доходите им възлизат на 1931.10 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 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 Р И и Р: в размер на 900,00 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 /и-к отдел „ХП и ППСН”

Проверил:

Борислав Георгиев – гл. юриконсулт

Изготвил:

Илияна Койчева /специалист „СД”

**ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР**

У. Койчев
12.11.20

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

ОБЩИНА гр. Нови пазар	
Регистрационен номер	
<i>AP-880 / 12.11.2020</i>	
Срок за изпълнение	

Данни на кандидата:

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

(име, презиме и фамилия) *Урови пазар*

Постоянен адрес: гр./с. *Урови пазар*, община *Урови пазар*

Област *Шумен*

ул. *Дотмарх Евтимий* №, бл., вх., ет., ап.

Настоящ адрес: гр./с. *Урови пазар*, община *Урови пазар*

Област *Шумен*

ул. *Дотмарх Евтимий* №, 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-НИ/ -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 позитивен 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 абитуриентски бал.

ДЕКЛАРИРАМ:

I. Семейно положение:

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

IV. В състава на семейството ми има/нямат 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%	<input type="checkbox"/> с ЛКК <input type="checkbox"/> над 90% <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.	Иван М. Петров		гр. П. Пазар ул. "Св. Кирил", № 2	майка
2.	О. П.			
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: не притежавам

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. Еликриза 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 отпускната/и пенсия ДА НЕ НЕПРИЛОЖИМО
6. Декларация за доходите (ако лицето не 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: 10.11.2020 г.
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: ...
(подпис)



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

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

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ!
чл. 40 ал. 1 от зго - без грес

Изх.№ СЛУЖЕБНО

Дата: 11.11.2020 г.
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: F ✓ ?
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

е със семейно положение: **НЕОСМЪЖЕНА**

Данни за съпруг/а и роднини.

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.	✓ F E		БАЩА	27.11.2006
2.	Т К В		МАЙКА	-----
3.	М ✓ ПЕ		СЕСТРА	-----

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:

РАЗХОДИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА РУМЯНА ИВАНОВА РУСЕВА

ПО ПРИЛОЖЕНИ ДОКУМЕНТИ

Номер по ред	Номер и дата на документ	Сума в лева
1.	Ф-ра № 1000000368/05.11.2020г.	1000,00
2.	Ф-ра № 1000000356/12.08.2020г.	1200,00
3.	Операц. бележка „Банка ДСК“9.07.2020г.	4580,00
4.	Ф-ра № 1000000353/25.06.2020г.	1180,00
5.	Ф-ра № 1000000342/22.01.2020г.	270,00
6.	Ф-ра № 1000000317/07.05.2019г.	800,00
7.	Фискален бон -16.04.2019г.	430,00
8.	Фискален бон – 21.05.2020г.	210,00
9.	Фискален бон – 12.09.2019г.	210,00
	Общо мед.разходи /без пътни разходи/	9880,00 лева