



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 Г А К  
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,  
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩНСКИ СЪВЕТНИЦИ,**

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Г А К от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. „ „ № х. 1, ет. 1, ап. 3, регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-480/05.02.2021 г. за отпускане на еднократна помощ за лечение.

Г К е на 70 г., омъжена за Г . От 2009 г. г-жа К има издадено Експертно решение с водеща диагноза – шизофрения.

По данни от представената епикриза, на 20.01.2021 г. г-жа К е постъпила в „Многопрофилна болница за активно лечение – Шумен” АД с окончателна диагноза – съчетано счупване на лакътната и лъчевата кост, при което е последвало оперативното лечение. Г-жа К е заплатила 2268,00 лв. за операцията и консумативите.

Г К и К К са пенсионери и получават месечно 908,00 лв.

Молбата на лицето е да му бъде изплатена сума съобразно приложените към заявлението фактури.

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 № 201, т.7.2 от 28.01.2021 г., на Общински съвет Нови пазар

**РЕШИ:**

1. Отпуска еднократна финансова помощ на Г А К 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.

**ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ**

Кмет на Община Нови пазар

Съгласували:

Златина Таскова – зам. кмет на Община Нови пазар

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

Проверил:

Борислав Георгиев – гл.юрист/консулт

Изготвил:

Илияна Койчева – специалист „СД”

*Иванчо Кочевски*  
*05.02.2021*

Приложение №1

ДО  
КМЕТА  
НА ОБЩИНА  
НОВИ ПАЗАР

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

ОБЩИНА гр. Нови пазар	
Регистрационен индекс и дата	
1Р-480105-02-2021	
Срок за изпълнение	

Данни на кандидата:

.....*1*.....*Аз*.....*К*.....  
(име, презиме и фамилия)  
Постоянен адрес: гр./с. *Нови пазар*....., община *Нови пазар*.....  
Област *М.О.Б.*  
ул. .... № *4* бл. ...., вх. *1*, ет. *1*, ап. *3*  
Настоящ адрес: гр./с. *Нови пазар*....., община *Нови пазар*.....  
Област *М.О.Б.*  
ул. .... № ..... бл. ...., вх. *1*, ет. *1*, ап. *3*  
телефон за връзка: *089*  
*089* - *А*

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,

Желяя 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: ..... *А* ..... *К*;  
 (име, презиме, фамилия)

ЕГН ..... Семейно положение: *ОМЪЩЕНА* .....

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

ЕГН: ..  
 Постоянен адрес: гр./с. *Нови пазар* ....., община *Нови пазар* .....,  
 Област *ШУМЕН* .....

ул. .... № ....., бл. ...., вх. *1*, ет. *1*, ап. *3* .....

Настоящ адрес: гр./с. *Нови пазар* ....., община *Нови пазар* .....,  
 Област *ШУМЕН* ....., ул. .... № ....., бл. ...., вх. *1*, ет. *1*, ап. *3* .....

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 checked="" 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"/> 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 type="checkbox"/> от 70 до 89,99%		<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 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.	Д. К. С.		ЗР НОВИ МОСТАР 321001 СРБ	СИН
2.				

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

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.	Д. К.		ЗР НОВИ МОСТАР 321001 СРБ	СЪПРУГ
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 пенсия  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 деклариранни от мен невърни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата: 5.2.2021г  
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: .....  
(подпис)

<b>Получател</b>	<b>Издател</b>
Адрес: нови пазар, ул. "Е"	МБАЛ - Шумен АД
ИН/ЕГН	Адрес: гр. Шумен, ул. Васил Априлов 63
ИН по ДДС	ИН/ЕГН: 127521092
	ИН по ДДС: BG127521092

### Фактура

№ **4000002078** от дата **22/01/2021 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	1130 К-т 1 бр.права плака 3,5мм,7/8/9 заключващо компресионни отвора, закл.кортик. винтове3,5мм	бр.	1	945.00	945.00
2	1131 К т 1 бр.реконструктивна, ъглово стабилна плака 3,5мм със 6,7,8,9 кръгли заключващи отвора със закл.кортик. винтове 3,5мм	бр.	1	945.00	945.00
ВСИЧКО (с думи): две хиляди двеста шестдесет и осем лв. и 0 ст.				Данъчна основа	<b>1890.00</b>
				ДДС 20 %	<b>378.00</b>
				Обща стойност	<b>2268.00</b>

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: **22/01/2021 г.**

Място на сделката: **Шумен**

Пациент  
ЕГН

Начин на плащане: **В брой**

По IBAN

ВПС

При:

Съставил: **Ирина Николова**

Подпис

Подпис

1996-2021 Гана КонсултЪР КОДМАСТЕРЪ, www.gannazonline.com



ОРИГИНАЛ

**TREMOL ZM-KL**

МБАЛ-ШУМЕН АД  
ШУМЕН, УЛ.ВАСИЛ АПРИЛОВ 63  
ЕИК 127521092  
ЦЕНТРАЛНА КАСА  
ШУМЕН, УЛ.ВАСИЛ АПРИЛОВ 63  
ЗДДС N BG127521092

10 # # # #  
#Каса: 6  
#Касиер: 223 Ирина Николова  
#КО: 4197  
#1131 К-т 1 бр.реконструктивна, #  
# ъглово стабилна плака 3,5мм с#  
#с 6,7,8,9 кръгли заключващи о#  
#ТВ  
ора със закл.кортик. ви  
Сума#Б 1134.00  
#1131 К-т 1 бр.реконструктивна, #  
# ъглово стабилна плака 3,5мм с#  
#с 6,7,8,9 кръгли заключващи о#  
#ТВ  
ора със закл.кортик. ви  
Сума#Б 1134.00  
**Обща сума 2268.00**

ВСИЧКО 2268.00  
ДДС#Б 378.00  
Б = 20.00%  
НЕТО СТ-СТ 1890.00  
В брой лв 2268.00  
027600 22-01-2021 10:56:09  
2 Артикула



**ФИСКАЛЕН БОН**  
7K113069 50132214  
6D5F1619E2DE39607865  
102DE7A397EA94923756