



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 Г И**

М

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

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Г Н М; от с. Войвода, общ. Нови пазар, ул. , регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-819/14.04.2021 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение.

Г М е на 19 г., живее с родителите си Н К и Н К На 3 месечна възраст е с доказана хидроцефалия и е оперирана през 2001 г. По-късно през 2013 г. след множество изследвания е диагностицирана с Туберозна склероза с полиорганно засягане – мозък, очи, черен дроб, бъбреци.

Г-жа М има издадено Експерно решение № 0284/019 от 20.02.2020 г. с водеща диагноза: Туберозна склероза.

По данни от представената епикриза, на 08.03.2021 г. г-жа М; е постъпила в Университетска болница МБАЛ „Свети Иван Рилски” ЕАД - София с окончателна диагноза – вътрешна хидроцефалия, състояние след ВПА, малфункция, при което е последвало оперативно лечение. Г-жа М; е заплатила 3720,00 лв. за операцията и консултативите.

Р; М и родителите ѝ получават доходи от пенсия и заплати в размер на 1842,12 лв. месечно.

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. 6 и 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 Р Н М в размер на 1000,00 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





Марица Жанде  
14.04.2011

ОБЩИНА гр. Нови пазар	
Регистрационен индекс и дата	
19-819	
Срок за изпълнение	14.04.2011г.

Приложение №1

ДО  
КМЕТА  
НА ОБЩИНА  
НОВИ ПАЗАР

### ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

**Данни на кандидата:**

.....  
 (име, презиме и фамилия) *Жанде Марица*  
 Постоянен адрес: гр./с. *Нови пазар*, община *Нови пазар*  
 Област *Мичевци*, ул. *.....* № *1*, бл. *.....*, вх. *.....*, ет. *.....*, ап. *.....*  
 Настоящ адрес: гр./с. *Нови пазар*, община *Нови пазар*  
 Област *Мичевци*, 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-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 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.





			<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.			с. Войвез	баща
2.			с. Войвез	майка
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 ...3..... Стаи (без преходен хол, кухня и сервизни помещения).

Собственост на:

- собствено *съсобственост*  
 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.....*Мирна Т. Иванова*.....

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 отпусната/и пенсии  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: 14.04.2015  
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

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

(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:

*магазин мопба*

(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 съгласие.

Дата: *14.04.21*

Декларатор: *[Signature]*

Получено от

.....на.....  
(име, фамилия и подпис на длъжностното лице)

.....  
(дата)





# УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА МБАЛ "СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ" ЕАД - СОФИЯ

1431, София, бул. "Акад. Иван Гешов" 15, тел. 02 851 08 14 факс 02 851 93 09

**КЛИНИКА ПО НЕВРОХИРУРГИЯ**  
Началник: Доц. д-р В. Каракостов, д.м.

**КАТЕДРА ПО НЕВРОХИРУРГИЯ**  
Ръководител: Доц. д-р А. Бусарски, д.м.

## ЕПИКРИЗА

На Р Н М 19 год. ,ЕГН-  
От с. Войвода, у. , И.З.№ 5089/2021  
постъпил на 08.03.2021 - изписан на 16.03.2021

**Окончателна диагноза:** КР206.1/МКБ:Q03.8 Вътрешна хидроцефалия. Състояние след ВПА. Малфункция.  
**Придружаващи заболявания:** Туберозна склероза. Епилептична симптоматика.  
**Операция №508/11.03.2021/** Пунктиформна рекраниотомия париетално в дясно. Медианна лапаротомия. Ревизия и експлантация на клапна система. Ендоскопска инспекция. Имплантиране де ново на вентрикулоперитонеална клапна система Orbis Sigma OSV II.  
**Оперативен екип:** Доц. А. Бусарски, д-р П. Василева, Доц д-р К. Георгиев,  
**Анестезиологичен екип:** Д-р Илиева  
**Анамнеза:** Касае се за момиче, при което в бебешка възраст е поставена клапна система по повод на хидроцефалия, като хипертензионния синдром е овладян. Девојката е с доказана туберозна склероза и се проследява системно. Към момента от няколко дни е с данни за хидроцефален синдром, с главоболия, гадене и повръщане. Проведена КТ на глава с данни за дилатация на вентрикулите. След консултация с неврохирург постъпва за оперативно лечение в неотложен порядък с цел ревизия на клапната система.  
**Минали заболявания:** Имплантирана ВПА, еднократно ревизирана.  
**Алергия:** Отричат  
**Фамилна анамнеза:** Анамнеза за туберозна склероза по бащина линия.  
**Рискови фактори:** Не съобщават  
**Соматичен статус:** Без клинично значими отклонения от нормата при физикалния преглед. Чисто везикуларно дишане двустранно, ритмична сърдечна дейност, афебрилен.  
**Неврологичен статус:** Данни за СИКХ. Епилептична симптоматика. Нормално психомоторно развитие.  
**Параклинични изследвания:**  
Тест за COVID-19: (-) отр.  
**Номер:** 12125 **От дата:** 08.03.2021 WBC - 8.60; Na - 135.0; RBC - 4.85; HGB - 132; HTC - 0.407; MCV - 83.9; MCH - 27.2; MCHC - 325; PLT - 253; LYM% - 22.9; MONO% - 4.2; EO% - 0.2; BASO% - 0.4; NEUT% - 71.7; LYM# - 1.97; MONO# - 0.37; EO# - 0.02; BASO# - 0.04; NEUT# - 6.17; RDW - 11.00; MPV - 8.4; CYE - 7; K - 3.70; Cl - 99.0; Gluc - 7.43; Crea - 68.00; Urea - 7.10; TP Общ белтък - 82.10; ASAT - 29.80; ALAT - 31.30; GGT - 23.00; CRP - 2.20; Време на кървене - 4; PT sec - 11.6; INR - 0.98; PA Протромбинова активност - 97.10; aPTT - 28.6; **Номер:** 12927 **От дата:** 11.03.2021 Ликвор: общ белтък - 0.13; Ликвор: албумин - 84.63; Ликвор: глюкоза - 3.56; Ликвор: креатинин - 48.43; Neu - 0.10; Eo - 0; ретикулни клетки - 0; мононуклеари - 0.04; макрофаги - 0; Ly - 0.86; атипични клетки - 0; активирани Ly - ; плексусни клетки - 0; плазматични клтки - 0; бластни клетки - 0; туморни клетки - 0; епендимни клетки - 0.  
**КТ на глава:** с данни за релативна дилатация на вентрикулната система спрямо предходно изследване.  
**Консултативни прегледи:** Кардиолог, Анестезиолог – може да бъде оперирана при обичаен оперативен риск под обща анестезия – ASA II.  
**Терапевтична схема:** Цефтриаксон х 2г, Перфалган 3х1фл, вливане на водно-солеви разтвори.  
**Ход на заболяването:** Без динамика в общото и неврологично състояние по време на предоперативната подготовка.  
**Инвазивни диагностични и терапевтични процедури:** Оперативно лечение. Няма други.  
**Заключение от предоперативната епикриза:** При обсъждане на обща клинична конференция от 11.03.21г. се реши, че клиничното състояние на пациента и образната находка са индикация оперативно лечение с цел ревизия на клапната система и имплантация де ново.  
**Операция на 11.03.2021:** Обща интубационна оротрахеална анестезия. Позициониране на пациента и подготовка на оперативното поле. След линейни кожни инцизии на типични места се направи пунктиформна рекраниектомия париетално в дясно. Направи се медианна супраумбиликална лапаротомия

Възршо с оригинал: ✕



по хода на линия алба. Ревизия на клапна система, като се установи малфункция на венстрикулния катетър и експлантация. Ендоскопска инспекция. Имплантира се де ново венстрикулоперитонеална клапна система Orbis Sigma OSV II. Хемостаза. Послоен шев на меки тъкани и кожа. Суха стерилна превръзка.

**Постоперативен статус:** Излезе от анестезия без данни за утежняване в неврологичния статус.  
**Ход на заболяването след операцията:** Гладък. Афебрилна в рамките на болничния престой, с отзвучал хипертесионно-хидроцефален синдром.

**Оплаквания при изписването:** Няма нови.

**Обективно състояние:** Без хидроцефално-хипертензионен синдром и груб неврологичен дефицит, стабилно соматично състояние, оперативни рани – б.о., афебрилна.

**Изход от заболяването:** Подобрене.

**Трудоспособност:** Нетрудоспособна.

**Препоръки за хигиенно-охранителен режим и медикаментозно лечение след изписването:** Аналгетици и антипиретици при нужда.

**Контролни прегледи:** Полагат се два безплатни амбулаторни контролни прегледа в клиниката в рамките на един месец от датата на изписването. Контролен преглед в клиниката след 2 месеца.

**Препоръки към ОПЛ:** Проследяване.

**Съпровождащи документи:** Епикриза.

**Приложени изследвания:** Епикризи и КТ на глава.

**Лек. лекари:**  
Доц. А. Бусарски, дм  
Д-р П. Василева

Нач. сектор:  
Д-р А. Хаджиянев, дм

**АКТИВНО**

**Н-к клиника:**  
Проф. д-р В. Каракостов, дм

Всичко е оперативно



# ФАКТУРА

ОРИГИНАЛ

<b>№ 2000107066</b>	Дата: <b>09.03.2021</b>	към Ф-ра:	Дата:
---------------------	-------------------------	-----------	-------

Дата на данъчното събитие: 09.03.2021	Дата на плащане:	Място на изпълнение: София
--	------------------	-------------------------------

**ПОЛУЧАТЕЛ:** \_\_\_\_\_ **ДОСТАВЧИК:**

<b>Адрес:</b> с. Войвода обл. Шумен у	<b>УМБАЛ "СВ. ИВАН РИЛСКИ" ЕАД</b>
<b>Идентификационен номер:</b>	<b>Адрес:</b> 1431 София, Бул. "Акад. Иван Гешов" № 15
<b>Идентифик. номер по ДДС:</b>	<b>МОЛ:</b> д-р Антон Петков
	<b>Идентификационен номер:</b> 000715054
	<b>Идентифик. номер по ДДС:</b> BG000715054

№	Наименование на стоката	Мярка	Колич.	Ед.Цена	Сума
1	Саморегулираща се, нископрофилна клапа система; 8Fг вентрикулен катетър 15см; 7 Fг дренажен катетър 110см; ; променливи стойности на налягането; силикон еластомер диафрагма; клапан от синтетичен рубин; назъбена игла; диапазон от 18 до 30 мл/ч; съвместима с MRI и	бр.	1.00	4 800.00	4 800.00
2	Реимбурсиране от НЗОК N11110010000012	бр.	1.00	- 1 080.00	- 1 080.00
				<b>Общо:</b>	<b>3 720.00</b>

Всичко словом:  
Три хиляди седемстотин и двадесет лева и 00 ст.

Основание за начисляване на ДДС: Чл.39, т.4

Експ. док. N: /	Рег. N на прев.ср-во:
Други данни:	

Получател:	Съставил:	Банкова сметка:	плащане:
ЛК N/Дата:	Ирена Карабожилова	BIC: UNCRBGSF	По банков път
ЕГН:	(подпис)	IBAN: BG44UNCR76301001661218	
	(подпис)	УниКредит Булбанк кл.Калоян	страница
			1 от общо 1

Отпечатано с Астра-Склад (Глобал Софтуер ЕООД, 02/8221-665)

Верно е оригинал



УниКредит Булбанк  
09-Мар-2021 09:20:46

Вносител:.....

ВНОСНА БЕЛЕЖКА

В полза на: УНИВЕРСИТЕТСКА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕ  
ЧЕНИЕ СВ. ИВАН РИЛСКИ ЕАД

Клиентски номер: 020226150  
Клиентска сметка:  
IBAN на получателя: BG44UNCR76301001661218  
Наш референтен номер: 320CHDC210680001  
Потребителски реф. N: FJB2106811281760

Сума Валута

3720 BGN

С думи: три хиляди седемстотин и двадесет и 0.00

Основание за внасяне:

ПЛ. ПО Ф-РА 2000107066 РУ ИА

Събрани такси:

ФЛ II, чл. 1.2. 14.88 BGN

Общо такси във валута на трансакцията :14.88 BGN

Общо внесени на каса: 3734.88 BGN

Допълнителни данни:

Име на вносителя: ДИМИТЪР НИКОЛАЕВ МАРИНОВ  
ЕГН на вносителя:  
Номер на личен докумен

Счетоводител / Касиер :.....  
Надежд

ПОЖЕЛАВАМЕ ВИ ПРИЯТЕН ДЕН

Възвръщане с оригинал: !





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

Изх.№ СЛУЖЕБНО

Дата: 15.04.2021 г.  
ден, месец, година

### УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: Р Н М  
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

е със семейно положение: **НЕОМЪЖЕНА**

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ!  
чл. 15, ал. 1 от згр - без такса

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.			БАЩА	-----
2.			МАЙКА	-----
3.			БРАТ	-----

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**

Подпис и печат:

<https://nm.grao.bg/uc> код VjVRqht4

ДОМ ЗА СТАРИ ХОРА гр.НОВИ ПАЗАР

Изм. № 37 / 15.04.2021 г.  
 БУЛСТАТ: 0009315750174  
 Адрес: 9900 НОВИ ПАЗАР УЛ БРЕЗА 2

У Д О С Т О В Е Р Е Н И Е

ДОМ ЗА СТАРИ ХОРА гр.НОВИ ПАЗАР  
 дава настоящето удостоверение на Н Ру Ко  
 ЕГН: длъжност САНИТАР в ДОМ ЗА СТАРИ ХОРА  
 в уверение на това, че от Октомври 2020 г. до Март 2021 г.  
 включително е получил следните доходи:

Период	Доход за месец	Брутен облагаем доход по ЗДДФЛ	Болнични работодател	Общо доход
Окт.2020	Окт.2020	1023.00	--	1023.00
Ное.2020	Ное.2020	1139.32	--	1139.32
Дек.2020	Дек.2020	1493.69	--	1493.69
Яну.2021	Яну.2021	813.60	--	813.60
Фев.2021	Фев.2021	832.80	--	832.80
Мар.2021	Мар.2021	831.45	--	831.45
Общо		6133.86	--	6133.86

Удостоверяваме, че лицето е получило възнаграждение  
 по месеци за периода от Октомври 2020 г. до Март 2021 г. включително.

Настоящото удостоверение се дава на лицето, за да му послужи пред:  
 При необходимост.

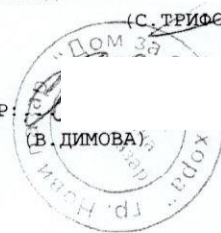
СТ. СЧЕТОВОДИТЕЛ:...

(С. ТРИФОНОВА)

ДОМАКИН-КАСИЕ!

ДИРЕКТОР:

(В. ДИМОВА)





"МБАЛ Шумен" АД - гр. Шумен

наименование на лечебно заведение

ЭКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ №

0 2 8 4

от

0 1 9

зас. №

2 0 0 2 2 0

ден

мес.

год

ТЕЛК за: ТЕЛК II състав към МБАЛ Шумен - гр. Нови Пазар

2 7 1 1

Председател: Д-Р С. ВЪЛКОВА

Членове: 1. Д-Р Д. ЧАКЪРОВ

2. Д-Р А. АЛЕКСИЕВ

3.

4.

5.

6.

1. На F ИИ

МА

име, презиме, фамилия

ЕГН

Лична карта I

Издадена на 10.07.2019 от МВР ШУМЕН

валидна до 10.07.2029

2. Постоянен адрес: Обл. Шумен Общ. Нови пазар - с. Войвода ул.

обл. общ. гр. (с), ж.к., бл., вх., ап., ул.

2 7

3. Настоящ адрес: Обл. Шумен Общ. Нови пазар - с. Войвода ул.

обл. общ. гр. (с), ж.к., бл., вх., ап., ул., г/к

2 7

4. Трудова заетост не работи

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

5. Състояние до експертизата: 100% вид и степен на увреждане без чужда помощ

1 работоспособен; 2 временно неработоспособен; 3 временно неработоспособно лице с увреждане; 4 над 90% с чужда помощ; 5 над 90% без чужда помощ; 6 71%-90%; 7 50%-70%; 8 до 50%; 9 без % вид и степен на увреждане

5

6. Вид експертиза: преосвидетелстване

1 освидетелстване; 2 преосвидетелстване; 3 частична; 4 консултация

2

7. Начин на вземане на решение: След преглед

1 по документи; 2 след преглед

2

8. Място на експертиза: ТЕЛК

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

1

9. Оценка на работоспособността: 95% т.н.р. без чужда помощ

1 работоспособен; 2 временно неработоспособен; 3 временно неработоспособно лице с увреждане; 4 над 90% с чужда помощ; 5 над 90% без чужда помощ; 6 71%-90%; 7 50%-70%; 8 до 50%; 9 без % вид и степен на увреждане

5

Обжалвани болнични листове:

10. Срок на чуждата помощ:

0 0 0 0 0 0

ден

мес.

год

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

0 1 0 2 2 3

ден

мес.

год

за 3 години

3

1 г., 2 г., 3 г., 4 пожизнен

12. Инвалидност по причини:

	Общо заболяване	Трудова злополука	Професионално заболяване	Общо тр. злп. и проф. забол.	Военна инвалидност	Гражданска инвалидност
% тр. н. раб.	95.0%	----	----	----	----	----
Дата инв.	26.06.2001	----	----	----	----	----

1 0 0 0 0 0

13. Водеща диагноза: Туберозна склероза

Q 8 5 . 1

13.1. Общо заболяване: СЪСТОЯНИЕ СЛЕД ВЕНТРИКУЛО - АНАСТОМОЗА ПО ПОВОД ВРОДЕНА ХИДРОЦЕФАЛИЯ. AV КЛАПА. СИМПТОМАТИЧНА ЕПИЛЕПСИЯ. ПОЛИОРГАННО РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ТУБЕРОЗНА СКЛЕРОЗА.

Q 8 5 . 1

13.2. Трудова злополука:

Звено с отмичаня



13.3. Професионално заболяване:

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

14. Военна инвалидност:

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

15. Противопоказни условия на труд: **ПРЕПОРЪКИ: НАБЛЮДЕНИЕ ОТ НЕВРОЛОГ, В СПЕЦ. КЛИНИКА, ОФТАЛМОЛОГ, ОПЛ.**

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

Преглед на 20.02.2020г.

ПМ: ОТС - Няма; Образование - Ученичка в 11 клас.

**МОТИВИ: СЪСТОЯНИЕ СЛЕД ВЕНТРИКУЛО - АНАСТОМОЗА ПО ПОВОД ВРОДЕНА ХИДРОЦЕФАЛИЯ. AV КЛАПА. СИМПТОМАТИЧНА ЕПИЛЕПСИЯ. ПОЛИОРГАННО РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ТУБЕРОЗНА СКЛЕРОЗА - /Q85.1/ - ОБУСЛАВЯТ ПО Ч.7 Т.3.4 - 95% Т.Н.Р. БЕЗ ЧУЖДА ПОМОЩ.**

**СРОК НА ОПРЕДЕЛЕНИЯ % Т.Н.Р. - 3 ГОДИНИ.**

ДИ: Установена.

**АНАМНЕЗА:** Касае се за 18 годишно момиче, фамилно обременено за туберозна склероза. На 3 месечна възраст е с доказана хидроцефалия - оперирано на 22.10.2001г. През м.03.2013г. - тежък, продължителен епи пристъп. След овладяването му с образни изследвания, пролежаване в УМБАЛ "Св. Марина" - Варна и в гр. София - болница "Св. Наум" - консулт с проф. Божинова, се стига до заключение - Туберозна склероза с полиорганно засягане - мозък, очи, черен дроб, бъбреци. Невъзможно оперативно лечение. Поведение - по симптоми. Получава инфантилни пристъпи, повече нощем. Ученичка в 11 клас в реална паралелка. На лечение с Вотубиа и Левебон.

**ОБЕКТИВНО: НЕВРОЛОГИЧНО:** Лицеви ангиофиброми, характерни за туберозната склероза. Множество хипопигментни петна по кожата. СНР - Л=Д, живи. Няма патологични рефлексии. Няма парези, сетивни и координационни нарушения.

**ПРИЛОЖЕНИЕ:** Етапни епикризи от детски невролог и ОПЛ, Епикризи от ДККХО УМБАЛ "Св.Марина" Варна и КНБД МБАЛНП "Св.Наум" София, Консулти от невролог, детски невролог, детски нефролог, детски кардиолог, ЕЕГ, ЯМР на гл.мозък и абдомен,



АК/АД

ПОЛУЧИХ ЕР НА ТЕЛК НА: .....

(дата)

ПОДПИС НА ЛИЦЕТО: .....

УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ: .....

(имена и подпис)

Председател:

Членове: 1

2

3

4

5

6