



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 С Г Р  
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,  
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,**

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от С Г Р от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. , № зх. А, регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-693/22.03.2021 г. за отпускане на еднократна помощ за лечение.

С Ф е на 95 г., вдовица, живее със сина си и снаха си.

По данни от представената епикриза, на 10.03.2021 г. г-жа Г е постъпила в „Многопрофилна болница за активно лечение – Шумен” АД с окончателна диагноза – пертхроантерно счупване, закрито, при което е последвало оперативно лечение. Г-жа Р е заплатила 1992,00 лв. за операцията и консумативите.

С Р синът ѝ Г И и снаха ѝ М И са пенсионери и получават месечно 1164,00 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. 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 С Г Р в размер на 300,00 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



*Кметство Коичев*  
*23.03.2*

ОБЩИНА гр. Нови пазар	Приложение №1
Регистрационен индекс и дата	ДО
<i>ДР-693/22.03.2021</i>	КМЕТА
Срок за изпълнение	НА ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР

### ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

**Данни на кандидата:**

.....  
.....  
.....  
(име, презиме и фамилия)  
Постоянен адрес: гр./с. *Нови пазар*....., община *Нови пазар*.....  
Област *Мичев*.....  
ул. .... № ....., бл. ...., вх. *А*....., ет. ...., ап. ....  
Настоящ адрес: гр./с. *Нови пазар*....., община *Нови пазар*.....  
Област *Мичев*.....  
ул. .... № ..... бл. ...., вх. *А*....., 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 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 абитуриенски бал.

### ДЕКЛАРИРАМ:

#### I. Семейно положение:

Декларатор: .....  
 (име, презиме, фамилия)  
 Семейно положение: *вдовичка*

ЕГН: .....

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"/> Осигурен <input checked="" type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Друго.	<input type="checkbox"/> Работещ <input type="checkbox"/> Осигурен <input 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 checked="" 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"/> 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 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.				син
2.				дъщеря

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

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.	/			син
2.	/			свеща
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  
преходните шест месеца са общо: ..... 6366,00 лв.

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ... 3 ... 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 отпусната/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: *22.03.2021*.....  
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: .....  
(подпис)



**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**  
**НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ**  
**ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН**

Изх. № 3042-27-130

Дата: 26.03.2021 г.

**УДОСТОВЕРЕНИЕ**

Издава се на Г \_\_\_\_\_ К \_\_\_\_\_ ИЕ \_\_\_\_\_, ЕГН \_\_\_\_\_  
от ГР.НОВИ ПАЗАР УЛ \_\_\_\_\_ в уверение на това, че същият за  
периода от м. септември 2020 г. до м. февруари 2021 г. е получил следните суми от пенсии и  
добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
09.2020 г.	422.85	372.85	0.00	50.00
10.2020 г.	422.85	372.85	0.00	50.00
11.2020 г.	422.85	372.85	0.00	50.00
12.2020 г.	422.85	372.85	0.00	50.00
01.2021 г.	422.85	372.85	0.00	50.00
02.2021 г.	422.85	372.85	0.00	50.00

Настоящото се издава на основание чл. 89 от Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж.

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА ГР. НОВИ ПАЗАР.

Началник на сектор:



**МАРГАРИТА КОВАЧЕВА**

/Съгласно Заповед № 3-046/19.02.2013 г./



**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**  
**НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ**  
**ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН**

Изх. № 3042-27-131

Дата: 26.03.2021 г.

**УДОСТОВЕРЕНИЕ**

Издава се на М \_\_\_\_\_ НИ \_\_\_\_\_ И \_\_\_\_\_, ЕГН: \_\_\_\_\_  
от НОВИ ПАЗАР УЛ \_\_\_\_\_ ЕТ.1, в уверение на това, че същата за периода от м.  
септември 2020 г. до м. февруари 2021 г. е получила следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
09.2020 г.	350.01	300.01	0.00	50.00
10.2020 г.	350.01	300.01	0.00	50.00
11.2020 г.	350.01	300.01	0.00	50.00
12.2020 г.	350.01	300.01	0.00	50.00
01.2021 г.	350.01	300.01	0.00	50.00
02.2021 г.	350.01	300.01	0.00	50.00

Настоящото се издава на основание чл. 89 от Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж.

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА ГР. НОВИ ПАЗАР.

Началник на сектор \_\_\_\_\_

**МАРГАРИТА КОВАЧЕВА**  
 /Съгласно Заповед № 3-046/19.02.2013 г./





## Е П И К Р И З А

На          Ге          Р          год.ЕГН:

От Нови пазар, ул.         

И.з.№ **2987 / 2021**, по КП 217.1 Оперативни процедури с голям  
обем и сложност на таза и долния крайник

постъпил на **10.03.2021 13:20ч.**, изписан на **10.03.2021 11:25ч.**

**Окончателна диагноза:** S72.10 Пертрохантерно счупване,закрито

**Придружаващи заболявания:** I11.0 Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна  
недостатъчност ; I50.0 Застойна сърдечна недостатъчност ; I20.8 Други видове стенокардия I48  
Предсърдно мъждене и трептене

**Анамнеза:** Анамнезата е снета по данни на пациентката. Страданието датира от 10.03.2021г.,  
когато при падане в дома получава силни болки в дясна ТБС. Походката станала невъзможна. Приема  
се в ОТО за оперативно лечение

**Обективно състояние:** Жена на видима възраст отговаряща на действителната в добро общо  
състояние. Афебрилна, авто и ало психично ориентирана. Заема принудително положение в леглото.  
Кожа и видими лигавици - бледо розови. Дихателна система - везикуларно дишане, без прибавени  
хрипове. Ритмична сърдечна дейност, RR 120/80, Fr 78, ЕКГ - б.о.. Корем - мек, спонтанно и  
палпаторно неболезнен, взимащ активно участие в дишането. Статус локалис - палпаторна и  
спонтанна болка в областта на дясна ТБС. Скъсен и външно ротиран крайник, положителен симптом  
на "закованата пета". Рентгенови данни за пертрохантерна фрактура.

**Изследвания:** 10.03.2021г. Антигенен тест за Covid-19 № 3342: (-) отр. Глюкоза: 7.5 mmol/l H ;  
Креатинин: 83.0 µmol/L ; Урея: 7.7 mmol/l ; WBC: 15.18 10<sup>9</sup>/l H ; RBC: 4.32 10<sup>12</sup>/l ; HGB: 134.0 g/l ; HCT: 0.42 l/l ;  
Билирубин-общ - 13.2 ; Билирубин-директен - 2.5 ; Общ белтък - серум - 68.0 ; Аспартат аминотрансфераза  
(ASAT) - серум - 14.0 ; Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 14.0 ; рН - урина - <=5.0 ; Белтък - урина -  
Neg ; Билирубин - урина - Neg ; Кетотела - урина - +- ; Кръв в урина - тест лента - 2+ ; Глюкоза - урина - тест-  
лента - Neg ; Левкоцити - урина - тест-лента - +- ; Нитрити - урина - Neg ; Уробилиноген - урина - Normal ;  
Специфично тегло - урина - >=1.030 ; Седиментно-ориентирувочно изследване - 2-3 левкоцита 7-8 еритроц.  
пл.епит.кл. ; Време кървене - 90 ; Време съсирване - 330 ; 11.03.2021 Кръвна захар - 6:00ч - 5.84 ; WBC -  
9.66 ; RBC - 3.23 ; HGB - 101.0 ; HCT - 0.315 ; 12.03.2021 WBC - 12.66 ; RBC - 2.81 ; HGB - 88.0 ; HCT - 0.284 ;  
13.03.2021 WBC - 12.21 ; RBC - 2.25 ; HGB - 70.0 ; HCT - 0.22 ; 15.03.2021 WBC - 7.11 ; RBC - 2.20 ; HGB - 69 ;  
HCT - 0.22 ; 10/03/21

изследване:рентгенография на дясна тазобедрена става разчитане:пертрохантерна фрактура на дясна  
бедрена кост.заключение:фрактура на дясна бедрена кост. 11/03/21 изследване:рентгенография на  
дясна тазобедрена става разчитане:състояние след фрактура на дясна бедрена кост и  
репозиция.метална остеосинтеза заключение:Контрола

**Терапия:** Клексан 0,6 х1, Аксетин 2х1,5, Вливания 1000 мл., Фамотидин х1, Омалгин амп. пер  
ос 2х1, Паратрамол 3х1, Дигоксин х1/2 тб., Фурантрил два пъти седмично х1/2 тб., Урбазон х40 мг.,  
Уназин 3х3.0,ЛФК

**Ход на заболяването:** пациентката бе лекувана оперативно

**Консултативни прегледи:** проведени консулти с интернист - Pulmo вез. дишане без хрипове,  
ЕКГ - индиферентен тип, абсолютна аритмия при ПМ; анестезиолог - ASA клас II E 3т, физиотерапевт  
- изометрични упражнения и ЛФК

**Настъпили усложнения:** няма

**Операция:** Дата: 11/03/21

Извадка от опертивен протокол: 424/11.03.21 г. час 10:10 МКБ 79.35 открито наместване на

фрактура с вътрешна фиксация, фемур, оператор д-р Господинов, асистенти д-р Д. Димитров, д-р В. Димитров - Под обща анестезия след щателно почистване на полето с латерален достъп се достигна до бедрото. Извърши се репозиция на фрактурата. През центъра на големия трахантер се насочи К-игла в бедрения канал. Римира се проксималната част на трахантерния масив. Инсерира се PFN 10/180 mm. Проксимално под рентгенов контрол в две проекции се постави К-игла в центъра на бедрената шийка. Постави се спирала 105 мм. Дистално заключване на пирона със статичен винта 36 mm. Послойно затваряне на раната. Шев на кожа. Стерилна превръзка. Направи се постоперативна рентгенография.

**Постоперативен статус:** Гладък постоперативен период, без усложнения. Изписва се за домашно амбулаторно лечение.

**Статус при изписване:** с подобрение

**Изход от заболяването:** индикации за дехоспитализация- Афебрилна, няма оплаквания, спокойна рана

**Контролни прегледи:** 19.03.2021г. и на 24.03.2021г. Всеки пациент има право на два безплатни контролни прегледа в рамките на 30 календарни дни.

**Препоръки и назначения:** Превръзка на 19.03.2021г. и на 24.03.2021г. сваляне на хирургичните конци, Да не натоварва крайника 90 дни, Контролна рентгенография и контролен преглед с ортопед след 90я ден, Клексан 0,6 или Ксарелто 10 мг. х1 вечер за 30 дни, Натаспин х1 тб. вечер за 30 дни (след Клексан или Ксарелто), Пулсет 40 мг. х1 тб. сутрин за 30 дни, Аугментин 2х1.0 за 5 дни

**Препоръки към ОПЛ:** няма

**Описание на документите:** Дадена епикриза в два екземпляра.

Лекуващ лекар: .....  
Завеждащ отделение

д-р Александър Господинов  
д-р Валентин Димитров

Получател  
Адрес  
ИН ЕГН  
ИН по ДДС

Издател МБАЛ - Шумен АД  
Адрес гр. Шумен, ул. Васил Априлов 63  
ИН/ЕГН 127521092  
ИН по ДДС BG127521092

### Фактура

№ 0000132606 от дата 10/03/2021 г.

№	Наименование на стоките и услугите	Марка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	1144 К-т канолиран проксимален феморален пирон, стомана	бр.	1	1660.00	1660.00
ВСИЧКО (с думи): хиляда деветстотин деветдесет и два лв. и 0 ст.				Данъчна основа	<b>1660.00</b>
				ДДС 20%	<b>332.00</b>
				Обща стойност	<b>1992.00</b>

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: 10/03/2021 г.

Място на сделката: Шумен

Пациент

ЕГН

Начин на плащане: С карта

По IBAN

BIC

При:

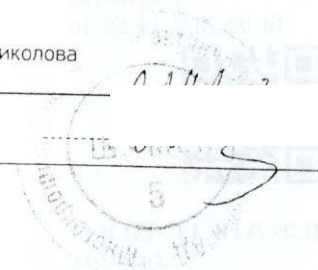
Съставил: Ирина Николова

Подпис

Подпис

ОРИГИНАЛ

ОРИГИНАЛ



# TREMOL M20

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

ШУМЕН, УЛ. ВАСИЛ АПРИЛОВ 63  
ЗДС № BG127521092

02/01/2021

#0001 Ирина Николова	10
#Каса: 2	#
#Касиер: 223 Ирина Николова	#
#КО: 1000050313	#
#1144 К-т канюлиран пр	#
оксимален фенолалел пирон, стома	
на	
Сума*Б	1992.00
<b>Обща сума</b>	<b>1992.00</b>

Всичко	1992.00
ДДС*Б	332.00
Б = 20.00%	
Нето ст-ст	1660.00
Карта	1992.00
1 Артикула	
027176 10-03-2021 14:56:10	



**BG** ФИСКАЛЕН БОН  
ZK128676 50165271  
D7010 0937061E 4A206  
7B01B63AD720E141AAB3

TREMOL M20



**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**  
**НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ**

**ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН**

**РАЗПОРЕЖДАНЕ № 27213304287/ 01.01.2021 г.**

СГ            ГГ            Г

адрес: Н.ПАЗАР

ПК 9900

ЕГН

<b>ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ НА НОИ-ШУМЕН</b>	
Изх. №	<i>27213304287-652</i>
ДАТА	<i>26.03.2021</i>

Към 31.12.2020 г. С                            ГГ                            РУ                            .....ЕГН .

I. получава лична ПЕНСИЯ ЗА ОСИГУРИТЕЛЕН СТАЖ И ВЪЗРАСТ по чл. 68 КСО в размер 188.76 лв., приравнен на минималния за този вид пенсия .....250.00 лв.

С чл. 10 от Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване (ЗБДОО) за 2021 г., считано от 1 януари 2021 г. минималният размер на пенсията за осигурителен стаж и възраст по чл. 68, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване (КСО) е определен на 300.00 лв.

На основание чл. 10 от ЗБДОО за 2021 г. от 01.01.2021 г. и съгласно чл. 70, ал. 12 КСО размерът се приравнява към минималния за този вид пенсия (100% от 300 лв.) .....300.00 лв.

II. получава добавка по чл.84 КСО от пенсията на починал/а съпруг/а

Размерът на личната ПЕНСИЯ ЗА ИНВАЛИДНОСТ ПОРАДИ ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ по чл. 74 КСО на наследодателя - ЕГН                            е 281.97 лв.,

приравнен на минималния за този вид пенсия .....287.50 лв.

На основание чл. 10 от ЗБДОО за 2021 г. от 01.01.2021 г. и съгласно чл.75, ал.4 КСО размерът се приравнява към минималния за този вид пенсия (115% от 300 лв.) .....345.00 лв.

На основание чл. 10 от ЗБДОО за 2021 г.

**РАЗПОРЕЖДАМ:**

от 01.01.2021 г.

личната ПЕНСИЯ ЗА ОСИГУРИТЕЛЕН СТАЖ И ВЪЗРАСТ по чл. 68 КСО

на С            ГГ            Р            ЕГН -                            да се изплаща в размер, приравнен на минималния (100.00%) .....300.00 лв.

III. ДОБАВКАТА ПО ЧЛ.84 КСО ОТ:

личната ПЕНСИЯ ЗА ИНВАЛИДНОСТ ПОРАДИ ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ по чл. 74 КСО на наследодател - ЕГН

1503178866 да се изплаща в следния размер:

(100.00%) .....345.00 лв.

Размер на добавката (26.5% от 345.00 ) .....91.43 лв.

IV. МЕСЕЧНА СУМА ЗА ИЗПЛАЩАНЕ .....391.43 лв.

Разпореждането може да се обжалва пред ръководителя на съответното териториално поделение на НОИ, в едномесечен срок от получаването му, съгласно чл. 117, ал. 2 КСО.

Ръководител „ПО“:

Пенсионерът е длъжен да съобщава на органите по пенсионно осигуряване в едномесечен срок от узnavането или настъпването на всяко обстоятелство, което води до спиране, прекратяване или изменяне на пенсията, както и адреса си при промяна.



ЗА РЪКОВОДИТЕЛ "ПС"  
И. Ковачева, началник на сектор ПО  
Съгласно Заповед No 1015-27-122/30.08.2018г.

Blank rectangular stamp area with faint text: 'РЕГИОНАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ НА НОИ', 'ПЛОВДИВ', 'MAX. NO.', 'DATA'.