



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 К<sub>1</sub> М<sub>2</sub>

С

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,  
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заключението на Комисията за социална подкрепа от К<sub>1</sub> М<sub>2</sub> С<sub>3</sub> от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. „Иван Вазов“ № 1, регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-939/10.05.2021 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение.

К<sub>1</sub> С<sub>3</sub> е на 62 години, пенсионерка, живее със съпруга си Р<sub>4</sub> С<sub>5</sub>

По данни от представената епикриза, на 16.04.2021 г. г-жа К<sub>1</sub> е постъпила в „Многопрофилна болница за активно лечение – Шумен“ АД с окончателна диагноза – съчетано счупване на долните краища на лакътната и лъчевата кост, при което е последвало оперативно лечение. Г-жа К<sub>1</sub> е заплатила 1500,00 лв. за операцията и консултативите.

К<sub>1</sub> С<sub>3</sub> и съпругът ѝ получават месечно 1681,00 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:**

- Отпуска еднократна финансова помощ на К<sub>1</sub> М<sub>2</sub> С<sub>3</sub> с размер на 300,00 лв.
- 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



ОБЩИНА гр. Нови пазар 10.05.2021	
Регистрационен индекс и дата	
DP-939 / 10-05-2021	
Срок за изпълнение	Приложение №1

ДО  
КМЕТА  
НА ОБЩИНА  
НОВИ ПАЗАР

### ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата: \_\_\_\_\_

К. № ..... М. С. ....

Постоянен адрес: гр./с. Нови пазар, община Нови пазар  
Област Шумени

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

Настоящ адрес: гр./с. Нови пазар, община Нови пазар  
Област Шумени

ул. № ..... бл. ...., вх. ...., ет. 1., 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. Пострадал от 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: *K* ..... *M* ..... *C* .....  
 (име, презиме, фамилия)

ЕГН: Семейно положение: *омъжена*.....

Съпруг/съпруга: *F* ..... *D* ..... *C* .....  
 (име, презиме, фамилия)

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

Област *Шумен*....., ул. ...., бл. ...., вх. ...., ет. *1*....., ап. ....

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

Област *Шумен*....., ул. ...., бл. ...., вх. ...., ет. *1*....., ап. ....

телефон за връзка: ..

#### II. Социална група

Декларатор:		Съпруг (съпруга)	
<input type="checkbox"/> Работещ	<input type="checkbox"/> Безработен	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Пенсионер	<input type="checkbox"/> Учащ се
<input type="checkbox"/> Друго.		<input type="checkbox"/> Друго.	

#### III. Здравословно състояние

Декларатор:		Съпруг (съпруга)	
<input checked="" type="checkbox"/> здрав	<input type="checkbox"/> с ЛКК	<input checked="" type="checkbox"/> здрав	<input type="checkbox"/> с ЛКК
<input 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"/> 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. Д. Д.		гр. Нови пазар	и
2.	Н. Д. Д.		гр. Нови пазар	с и и

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

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.	Д. Д. Д.		гр. Нови пазар	пруз
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 ... 4 ... 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 издръжка 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 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: .....10.05.2021.....  
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: .....  
(подпис)



REPUBLIC OF BULGARIA  
NOVI PAZAR MUNICIPALITY  
Mayor's phone: + 359 + 0537 / 2 3466  
Fax: + 359 + 0537 / 2 40 10  
http://novipazar.acstre.com  
E-mail: npazar@icon.bg  
novipazar@novipazar.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/ат\*  
*K.* ..... *M.* ..... *S.* .....  
(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 :  
*за съгласие - декларация*  
(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 даленото сега съгласие.

Дата: *10.05.2021*

Декларатор: *[Signature]*  
(подпис)

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

ПОЛИТИКАТА ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ на Община Нови пазар е публикувана на интернет страницата на Община Нови пазар [www.novipazar.acstre.com](http://www.novipazar.acstre.com), както и в центъра за административно обслужване, кметствата на населените места на територията на община Нови пазар

<b>Получател</b> К1	<b>Издател</b> МБАЛ - Шумен АД
Адрес Нови пазар, Е	Адрес гр. Шумен, ул. Васил
ИН/ЕГН	ИН/ЕГН 127521092
ИН по ДДС	ИН по ДДС BG127521092

**Фактура**

№ **6000019395** от дата **19/04/2021 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количес
1	39 Рентгенография на Гривнена става- дясно		

ВСИЧКО (с думи): двадесет лв. и 0 ст.

Данъчна с	
ДДС %	
Обща стойност	<b>20.00</b>

Основание за прилагане: чл. 39 ал. 1 от ЗДДС

**Дата на данъчното събитие:** 19/04/2021 г.

**Място на сделката:** Нови Пазар

Пациент К И:  
ЕГН

**Начин на плащане:** В брой

По IBAN  
BIC  
При:  
Съставил: **Маргаритка Деянова**

Подпис

Подпис

1996-2021 Гана Кокули® КОДМАСТЕР®. www.ganimaster.bg



ОРИГИНАЛ

ОРИГИНАЛ

ОРИГИНАЛ



Получател Кс  
Адрес Нови пазар,

ИН/ЕГН  
ИН по ДДС

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

### Фактура

№ **0000133181** от дата **21/04/2021 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	558 Титан.закл.плака за дист. радиус,полиакс. отвори за 2,7мм закл. винт.3,5,8 отвор	бр.	1	1250.00	1250.00

ВСИЧКО (с думи): хиляда петстотин лв. и 0 ст.

Данъчна основа	1250.00
ДДС 20%	250.00
Обща стойност	1500.00

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: 21/04/2021 г.

Място на сделката: Шумен

Пациент К  
ЕГН

Начин на плащане: С карта

По IBAN  
BIC  
При:  
Съставил: Ирина Николова

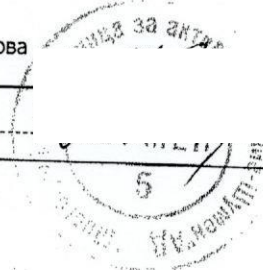
Подпис

Подпис

1996-2021 Гана Консулт & КОДМАСТЕРЪ, www.gannacountall.com

ОРИГИНАЛ

ОРИГИНАЛ



**Получател**  
Адрес Нови пазар,  
ИН/ЕГН  
ИН по ДДС

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

**Фактура**

№ **0000133245** от дата **23/04/2021 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	Потребителска такса леглодни /болнична помощ - КП/ ВСИЧКО (с думи): седемнадесет лв. и 40 ст.	бр.	3	5.80	17.40
				Данъчна основа	<b>17.40</b>
				ДДС %	<b>0.00</b>
				Обща стойност	<b>17.40</b>

Основание за прилагане: чл. 39 ал. 1 от ЗДДС

Дата на данъчното събитие: **23/04/2021 г.**

Място на сделката: **Шумен**

Пациент К  
ЕГН

Начин на плащане: **В брой**

По IBAN  
BIC  
При:  
Съставил: Ирина Николова

Подпис

Подпис

1990-2021 Гана Коопит К КОДИРАТЕР К. www.gannacoopit.com

**ОРИГИНАЛ**

**ОРИГИНАЛ**



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

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

Изх.№ СЛУЖЕБНО

Дата: 11.05.2021 г.  
ден, месец, година

### УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: КИ / С  
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

е със семейно положение: **ОМЪЖЕНА**

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.	Р С		СЪПРУГ	-----
2.	М/ БС		БАЩА	25.04.1997
3.	Е Е		МАЙКА	-----
4.	Д. ДИ		СИН	-----
5.	М ДИ		СИН	-----
6.	Д ДИ		БРАТ	-----

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: