



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

ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
ИЗХ. № 08-01-39
19.05.2021 г.
П.К. 9900

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-НОВИ ПАЗАР
Вх. № 00-91
19.05.2021 г.
П.К. 9900

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

**ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на Д Г Ц
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,**

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Д Г Ц от с. Енево, общ.
Нови пазар, ул. , регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-951/13.05.2021 г. за
отпускане на еднократна финансова помощ за лечение.

Д Д е на 77 години, пенсионер, живее със съпругата си П Д

По данни от представената епикриза, на 18.11.2020 г. г-н Д е постъпил в ДКАРЦ Хил клиник ЕАД
гр. София с окончателна диагноза – Доброкачествена простатна хиперплазия, калкули везице уринарие, при
което е последвало оперативно лечение: лазерна енуклеация на простатна жлеза, лазерна литотрипсия. Г-н
Д е заплатил 7000,00 лв. за операцията и консумативите.

Д Д и съпругата му получават пенсии в размер на 1189,00 лв. месечно.

Молбата на лицето е да му бъде изплатена сума съобразно приложената към заявлението вносна бележка.

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 Д Г Ц с размер на 1000,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация”
§4214 без представяне на разходооправдателни документи.

ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ

Кмет на Община Нови пазар



ОБЩИНА гр. Нови пазар
Регистрационен индекс и дата
AP-951/13.05.2021
Срок за изпълнение

Приложение №1
 ДО
 КМЕТА
 НА ОБЩИНА
 НОВИ ПАЗАР

W. Zaychev
 13.05.2021

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

.....
 Постоянен адрес: гр./с. *Косишки*, община, ул. №, бл., вх., ет., ап.
 Настоящ адрес: гр./с. *Киево*, община *Нови пазар*, ул. №, бл., вх., ет., ап.
 Област *Пловдив*
 телефон за

Данни на законния представител на кандидата:

.....
 (име, презиме и фамилия)
 Постоянен адрес: гр./с., община, ул. №, бл., вх., ет., ап.
 Настоящ адрес: гр./с., община, ул. №, бл., вх., ет., ап.
 Област, 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: М

К А

(име, презиме, фамилия)

ЕГН:

Семейно положение:

Съпруг/съпруга: А

Са А

(име, презиме, фамилия)

ЕГН:

Постоянен адрес: гр./с.

община

Област

ул.

№

бл.

вх.

ет.

ап.

Настоящ адрес: гр./с. Елѝво

община Небс

ср

Област Пловд

ул. ...

№

бл.

вх.

ет.

ап.

телеф 0899 380 236

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 checked="" type="checkbox"/> здрав	<input type="checkbox"/> с ЛКК	<input type="checkbox"/> здрав	<input type="checkbox"/> с ЛКК
<input type="checkbox"/> с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	<input type="checkbox"/> над 90%	<input checked="" 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:
(варианто 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.				
2.				

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

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
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: 7000..... 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:

1/3 ил. част от Бюро за труд
.....
.....
.....
.....

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 отпуснатата/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: 13.05.21

гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: ..



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.aestre.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, долупод:

[Signature]

[Signature]

[Signature]

(име, фамилия, друга информация за идентификация)

и 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:

засъществяване - декларация

(изрично (посочват се 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 сега съгласие.

Дата: *13.05.21*

Декларатор:

(Получил)

Получено от:

(име, фамилия и подпис на длъжностното лице)

на

(дата)

ПОЛИТИКАТА ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ на Община Нови пазар е публикувана на интерне с страницата на Община Нови пазар www.novipazar.aestre.com, както и в центъра за административно обслужване, кметствата на населените места на територията на община Нови пазар



ИЗДАДЕН ПРЕВОД BISERA 6 BGN

Статус: Осчетоводен

OB61311200011691

Уникален регистрационен номер:

13.11.2020

Платете на - Име на получателя		ДКАРЦ Хил клиник ЕАД	
IBAN / Сметка на получателя		BG77UNCR70001515658410	
При банка - име на банката на получателя		Уникредит - Централизирана система	
BIC на Банката на получателя		UNCRBGSF	
АВИЗО ЗА ИЗДАДЕН ПРЕВОДНО НАРЕЖДАНЕ за кредитен превод		Вид валута	Сума
		BGN	7000.00
Основание за превод - информация за получателя			
ОПЕРАЦИЯ 18.11.2020			
Още пояснения			
ЗА ДИ I			
Наредител -			
РУМЯНА Д I			
IBAN на наредителя		BG63STSA93000000486215	
BIC на Банката на наредителя		STSBGSEF	
Платежна система		*Такси	Размер на такса
BISERA		2	0.00 BGN
Дата Осчетоводяване		13.11.2020	
Референция на осчетоводяване		ДСК регистрация	
20201113029980013826		OB61311200011691	

*Такси: 1 - за сметка на наредителя; 2 - споделена; 3 - за сметка на получателя

Подпис и Печат Банка ДСК

