



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

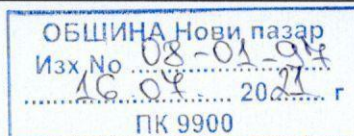
КМЕТ телефон: +359 + 0537 / 2 3466
Факс: + 359 + 0537 / 2 40 10
Факс: +359+0537/95530

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 З Й Б
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от З Й Б от с. общ.
регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-1314/15.07.2021 г. за
отпускане на еднократна помощ за лечение.

З е на 82 г., вдовица. От 2020 г. г-жа Б има издадено Експертно решение с водеща
диагноза – други нарушения на вестибуларната функция 100 % вид и степен на увреждане с чужда помощ.

По данни от представената епикриза, на 26.07.2020 г. г-жа Б е постъпила в „Многопрофилна
болница за активно лечение – Шумен” АД с окончателна диагноза – пертродантерно счупване, закрито, при
което е последвало оперативно лечение. Г-жа е заплатила 1992,00 лв. за операцията и консумативите.

З е пенсионерка и получава лична пенсия за осигурителен стаж и възраст в размер на
553,24 лв.

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

Предвид гореизложеното предлагам Общински съвет да вземе следното

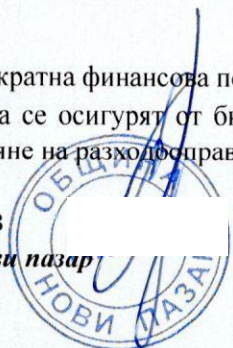
РЕШЕНИЕ:

На основание чл. 21, ал. 1, т. 23 и ал. 2 от ЗМСМА, във връзка с чл. 4, т. 8 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 размер на 450,00 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



Министър Консул
15.07.21

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА

ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР
Регистрационен индекс и дата
19-1314 / 15.07.2021
Срок за изпълнение

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

.....
.....

Постоянен адрес: гр./с., община **Н. пазар**.....
 Област **Шумен**.....
 ул., вх., ет., ап.
 Настоящ адрес: гр./с., община **Н. пазар**.....
 Област
 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-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: (име, презиме, фамилия)

ЕГН

Семейно положение: *вдовциня*

Съпруг/съпруга: (име, презиме, фамилия)

ЕГН:

Постоянен адрес: гр./с. община *У. пазар*

Област *90111-112К*, бл., вх., ет., ап.

ул., община *У. пазар*

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

Област *90111-112К*, бл., вх., ет., ап.

ул., № I., вх., ет., ап.

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 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 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 checked="" 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.				
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: ...2.040... лв.

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ...2... 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 пенсия 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: 15.07.2011
гр. Нови пазар

ДЕКЛАРАТОР: .

(подпис)

Получател 3	Издател МБАЛ - Шу
Адрес	Адрес гр. Шумен
ИН/ЕГН	ИН/ЕГН 127521092
ИН по ДДС	ИН по ДДС BG1275210

Фактура

№ **0000128039** от дата **27/07/2020**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка
1	1144 К-т канюлиран проксимален феморален пирон, стомана	бр.
ВСИЧКО (с думи): хиляда деветстотин деветдесет и два лв. и 0 ст.		

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: 27/07/2020 г.

Място на сделката: Шумен

Пациент
ЕГН

Начин на плащане: В

По IBAN

BIC

При:

Съставил: Мария Кръс

Подпис

Подпис

1996-2020 Гана Консулт 4 КОДМАСТЕРЪ, www.gannmascosult.com

TREMOL M20

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

#0001 Иванка Антонова 01 #
#Каса: 2 #
#Касиер: 225 Мария Кръстева #
#КО: 1000046151 #
#1144 К-т канюлиран пр #
оксимален феморален пирон, стома #
на 1992.00 2.00
Сума*Б 1992.00 2.00
Обща сума 1992.00

Всичко 1992.00
ДДС*Б 332.00
Б = 20.00%
Нето ст-ст 1660.00
В брой лв 1992.00
1 Артикула
022535 27-07-2020 13:47:19



BG ФИСКАЛЕН БОН
ZK128676 50165271
52CF13ACE22298A2DC58
CFBEV3CA690E9C248340

ОРИГИНАЛ

ОРИГИНАЛ

Получател	Издател МБАЛ - Шу
Адрес	Адрес гр. Шумен
ИН/ЕГН	ИН/ЕГН 127521092
ИН по ДДС	ИН по ДДС BG127521092

Фактура

№ **0000128039** от дата **27/07/2020 г.**

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

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: 27/07/2020 г.

Място на сделката: Шумен

Пациент

ЕГН

Начин на плащане: В брой

По IBAN

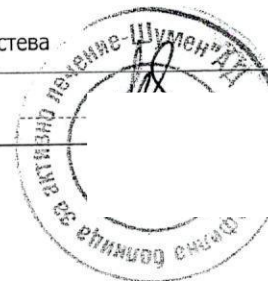
ВІС

При:

Съставил: Мария Кръстева

Подпис

Подпис



ОРИГИНАЛ

ОРИГИНАЛ



Е П И К Р И З А

81 год.ЕГН:

И.З.№ 10025 / 2020 , по КП 217.1 Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник
постъпил на 26.07.2020 16:40ч., изписан на 01.08.2020 10:10ч.

Окончателна диагноза: S72.10 Пертрохантерно счупване,закрито

Придружаващи заболявания: I11.9 Хипертонично сърце без (застойна) сърдечна недостатъчност ; I20.8 Други видове стенокардия ; J44.8 Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест I50.1 Лявокамерна недостатъчност

Анамнеза: Анамнезата е снета по данни на пациентката.Страданието датира от 26.08.2020г., когато паднала и травмирала лява ТБС.Оплаква се от силни болки и невъзможна походка . Приема се в ОГО 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 140/80, Fr 78, ЕКГ - б.о.. Корем - мек, спонтанно и палпаторно неболезнен, вземащ активно участие в дишането. Статус локалис - скъсен, външно ротиран долен крайник.Положителен симптом на "закованата пета"

Изследвания: 26.07.2020 Креатинин - 86.0 ; WBC - 3.77 ; RBC - 4.17 ; HGB - 106.0 ; HCT - 0.348 ; Глюкоза - 6.5 ; Урея - 6.2 ; Билирубин-общ - 8.5 ; Билирубин-директен - 1.6 ; Общ белтък - серум - 64.0 ; Аспартат аминотрансфераза (ASAT) - серум - 20.0 ; Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 14.0 ; 27.07.2020 WBC - 4.5 ; RBC - 3.5 ; HGB - 93.0 ; HCT - 0.296 ; pH - урина - 5.5 ; Белтък - урина - Neg ; Билирубин - урина - Neg ; Кетотела - урина - Neg ; Кръв в урина - тест лента - Neg ; Глюкоза - урина - тест-лента - Neg ; Левкоцити - урина - тест-лента - +- ; Нитрити - урина - Neg ; Уробилиноген - урина - Normal ; Специфично тегло - урина - >=1.030 ; Седиментно-ориентиrowъчно изследване - 1-2 левкоцита ; Време кървене - 60 ; Време съсирване - 180 ; pH - 7.51 ; pCO2 - 34.0 ; pO2 - 75.0 ; cK+ - ; cNa+ - ; cCa+ - ; cCl- - ; BE(ecf) - 5.0 ; BE(b) - 4.0 ; HCO3 std - 29.0 ; HCO3 act - 27.0 ; O2Sat - 96.0 ; 28.07.2020 WBC - 4.7 ; RBC - 3.4 ; HGB - 88.0 ; HCT - 0.3 ; MCV - 88.2 ; MCH - 25.9 ; MCHC - 293.0 ; PLT - 129.0 ; RDW-CV - 24.3 ; MPV - 10.5 ; IG # - 0.01 ; NEUT # - 2.71 ; LYMPH # - 1.33 ; MONO # - 0.53 ; EO # - 0.11 ; BASO # - 0.02 ; IG % - 0.2 ; NEUT % - 57.7 ; LYMPH % - 28.3 ; MONO% - 11.3 ; EO % - 2.3 ; BASO % - 0.4 ; NRBC # - 0.0 ; NRBC % - 0.0 ; 29.07.2020 WBC - 4.57 ; RBC - 3.73 ; HGB - 96.0 ; HCT - 0.312 ; 30.07.2020 WBC - 6.93 ; RBC - 3.46 ; HGB - 91.0 ; HCT - 0.296 ; 26/07/20изследване:рентгенография на лява тазобедрена става

разчитане:пертрохантерна фрактура.заключение:фрактура 29/07/20 изследване:рентгенография на лява тазобедрена става - кугел разчитане:състояние след фрактура на лява бедрена кост , репозиция.метална остеосинтеза.заключение:Контрола

Терапия: Фраксипарин 0.6 x1, Аксетин 2x1.5, Паратрамол 3x1, Квамател x20 мг., Вливания 1000мл., Дексофен x1 при н., ЛФК ; Терапия по рецептурна книжка № 5113224: Симбикорт 2x2 Кордарон x1, Фурантрил x1 през ден, Кардифренд-Ко 2x1, Неосорбид 2x1;

Ход на заболяването: пациентката бе лекувана оперативно

Консултативни прегледи: проведени консулти с интернист - Pulmo вез. дишане без хрипове ЕКГ - ляв позиционен тип, синусов ритъм; анестезиолог - ASA клас III 7т; физиотерапевт изометрични упражнения и ЛФК

проведени консулти с интернист - Pulmo вез. дишане без хрипове, ЕКГ - синусов ритъм анестезиолог - ASA клас II 3т; ендокринолог - диета 9, терапия - ; физиотерапевт - изометрични упражнения и ЛФК

Настъпили усложнения: Няма

Операция: Дата: 29/07/20

Извадка от оперативен протокол: 1161/29.07.20 г. час 12:00 МКБ 79.35 открито наместване на фрактура с вътрешна фиксация, фемур, оператор д-р В. Димитров, асистенти д-р Янакиев, д-р Д. 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 mm. Извърши се компресия на бедрената шийка. Дистално заключване на пирона със статичен 34Послойно затваряне на раната. Шев на кожа. Стерилна превръзка.

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: 06.08.2020г. и 11.08.2020г. Всеки пациент има право на два безплатни контролни прегледа в рамките на 30 календарни дни.

Препоръки и назначения: Превръзка на 06.08.2020г. и на 11.08.2020г сваляне на хирургичните конци, Да не натоварва крайника 180 дни, Контролна рентгенография и контролен преглед с ортопед след 90я ден, Фраксипарин 0,6 x1 вечер за 30 дни, Натаспин x1 тб. вечер за 30 дни (след Фраксипарин), Пулсет 40 мг. x1 тб. сутрин за 30 дни

Препоръки към ОПЛ: Няма

Описание на документите: Дадена епикриза

Лекуващ лекар:

Завеждащ отделение:

Валентин Димитров
Д-р Валентин Димитров