



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. № 08-01-120  
07-09 2021 г.  
ПК 9900

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-НОВИ ПАЗАР  
Вх. № 00-20165  
07.09.2021  
П.К. 9900

### ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ  
Кмет на Община Нови пазар

**ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на А Е В  
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,  
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,**

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от А В Е от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. , вх. , ет. ап. регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-1392/02.08.2021 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение.

А Е е на 57 г., женен за С Е

По данни от представената епикриза, на 05.07.2021 г. г-н В е постъпил в „Многопрофилна болница за активно лечение – Шумен” АД с окончателна диагноза – първична коксартроза, двустранна, при което е последвало оперативно лечение за тотална смяна на тазобедрена става. Г-н В е заплатил 4500,00 лв. за операцията и консумативите.

Доходите на г-н Е и г-жа В са в размер на 1006,30 лв. средномесечно.

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

Предвид гореизложеното предлагам Общински съвет да вземе следното

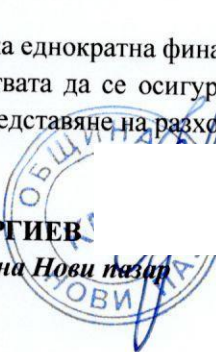
### РЕШЕНИЕ:

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 А Е В з размер на 1000,00 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





Иванов И

02.08.2021

Приложение №1

ДО  
КМЕТА  
НА ОБЩИНА  
НОВИ ПАЗАР

ОБЩИНА гр. Нови пазар
Регистрационен индекс и дата
Срок за изпълнение

**ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ**

ДР-1392/02.08.2021

**Данни на кандидата:**

..... А ..... В ..... В .....

(име, презиме и фамилия)

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

Област Шумен

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

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

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,**

**Желяя 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.

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: А ..... В ..... В .....  
 (име, презиме, фамилия)

ЕГН: ....., Семейно положение: .....

Съпруг/съпруга: С ..... А ..... В .....  
 (име, презиме, фамилия)

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

Об. Мичеи .....

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

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

Об. Мичеи .....

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

телефон за връзка: .....

**II. Социална група**

Декларатор:	Съпруг (съпруга)	
<input checked="" type="checkbox"/> Работещ	<input type="checkbox"/> Безработен	<input type="checkbox"/> Работещ
<input type="checkbox"/> Осигурен	<input type="checkbox"/> Неосигурен	<input checked="" type="checkbox"/> Безработен
<input type="checkbox"/> Пенсионер	<input type="checkbox"/> Учащ се	<input type="checkbox"/> Осигурен
<input type="checkbox"/> Друго.		<input type="checkbox"/> Пенсионер
		<input type="checkbox"/> Учащ се
		<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 ТЕЛК,		<input type="checkbox"/> с ЛКК
ДЕЛК/НЕЛК	<input type="checkbox"/> над 90%	<input type="checkbox"/> с ТЕЛК,
<input type="checkbox"/> над 90% с ЧП	<input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%	ДЕЛК/НЕЛК
<input type="checkbox"/> от 70 до 89,99%		<input type="checkbox"/> над 90%
		<input type="checkbox"/> от 50 до 69,99%
		<input type="checkbox"/> над 90% с ЧП
		<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 преходните шест месеца са общо: ..... лв.**

**IX. Обитавано жилище:**

Състои се от ...2+1... 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 отпуснатата/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 нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.**

Дата: .....02.08.21.....  
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

Т Е В .....  
(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:

засъщение - 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 даденото съгласие.

Дата: 02.08.21.....

Декларатор: .  
/

Получено от Р.ГОЧЕВА-СПЕЦ."ДЕЛОВОДСТВО И АРХИВ".....на.....  
(име, фамилия и подпис на длъжностното лице) (дата)

ШУМЕН, ЕИК  
ЦЕНТРАЛНА  
ШУМЕН, УЛ. ВАСИЛ АПРИЛИ  
ЗДДС N BG127521892

#0001 Ирина Николова 10 #  
#Каса: 2 #  
#Касиер: 223 Ирина Николова #  
#КО: 1000052187 #  
#744 Тазоб.стебло за безцим.фик#  
#сация ,стебла с овал #  
#на форма ,р-р 7ляво и 7дясно б#  
#едро #  
#761 Фенор.глави с конус 12/1 #  
#45/40,керамика ,с р-р , 28мм,3#  
#2мм, #  
#1239 Капсула с опция за 3 вида#  
# инсърти,полиет.със средно нив#  
#о крослинк,полиетил. с високо #  
#ниво крослинк и витамин Е,кера#  
#м. инсърт за безцим. закрепван#  
#е пресфит. Да е покр.с пориозе#  
#н титан, плазма спрей от 400 д#  
#о 600 #  
#и хидрокс. 80. Дизайн с 2,6мм #  
#ръб. #  
#1240 Полиет. инсърт със средно#  
# или високо ниво крослинк 100к#  
#Су съотв. с и биз витам.Е.Вътр#  
#. Д на инлия да позвол. работа#  
# с феморални глави с Д 28мм,32#  
#мм,36мм. Индл: с 0 и 10 инклн#  
#сация. Вътр. Д 28мм,32мм,36мм. Д#  
#а е И #  
#зrab. от Чирулен 1020X -ASTM F#  
#2565 #  
#981 Су #  
#ма платена от НЗОК М0505303000#  
#0205 #  
Плащане за медицински услуги  
Сума\*А 4500.00  
Обща сума 4500.00

Всичко 4500.00  
ДДС\*А 0.00  
А = 0.00%  
Нето ст-ст 4500.00  
В брой лв 4500.00

1 Артикула

029266

06-07-2021 11:09:11



**BG** ФИСКАЛЕН БОН  
ЗК128676 50165271  
2B867B33B68C0C1E90C9  
A1BCA16BFF11B96A18AC



<b>Получател</b>	<b>Издател</b>
Адрес Нови пазар, у.	МБАЛ - Шумен АД
ИН/ЕГН	Адрес гр. Шумен, ул. Васил Лерински 55
ИН по ДДС	ИН/ЕГН 127521092
	ИН по ДДС BG127521092

### Фактура

№ **0000134733** от дата **06/07/2021 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	744 Тазоб.стебло за безцим.фиксация ,стебла с овална форма ,р-р 7ляво и 7дясно бедро	бр.	1	2160.00	2160.00
2	761 Фемор.глави с конус 12/145/40,керамика ,с р-р , 28мм,32мм,	бр.	1	1380.00	1380.00
3	1239 Капсула с опция за 3 вида инсърти,полиет.със средно ниво крослинк,полиетил. с високо ниво крослинк и витамин Е,керам. инсърт за безцим. закрепване пресфит. Да е покр.с пориозен титан, плазма спрей от 400 до 600 и хидрокс. 80. Дизайн с 2,6мм ръб.	бр.	1	1380.00	1380.00
4	1240 Полиет. инсърт със средно или високо ниво крослинк 100kGy съотв. с и биз витам.Е.Вътр. Д на инлия да позвол. работа с феморални глави с Д 28мм,32мм,36мм. Инлеи с 0 и 10 инклинация. Вътр.Д 28мм,32мм,36мм.Да е Израб. от Чирулен 1020X -ASTM F2565	бр.	1	660.00	660.00
5	981 Сума платена от НЗОК M05053030000205	бр.	1	-1080.00	-1080.00
ВСИЧКО (с думи): четири хиляди петстотин лв. и 0 ст.				Данъчна основа	<b>4500.00</b>
				ДДС %	<b>0.00</b>
				Обща стойност	<b>4500.00</b>

Основание за прилагане: чл. 39 ал. 4от ЗДДС

**Дата на данъчното събитие:** 06/07/2021 г.

**Място на сделката:** Шумен

Пациент

ЕГН

**Начин на плащане:** В брой

По IBAN

ВІС

При:

Съставил: Ирина Николова

Подпис

Подпис

1969-2021 Ганз Контраст • КОДМАСТЕР • www.ganzmaster.com

ОРИГИНАЛ

Демаразув

от

С

Д

З

ЕГН:

И.И.мазур, уа.

Демарувам, се ток настояще момент нема  
скажен трудов договор и не получам никакви  
доходи

02.08.2021г.

Рогич





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 такса

Изх.№ СЛУЖЕБНО

Дата: 07.09.2021 г.  
ден, месец, година

### УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: А | }  
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

е със семейно положение: **ЖЕНЕН**

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.	С Д В		СЪПРУГА	-----
2.	Е В Е		БАЩА	05.06.2001
3.	В Д В		ДЪЩЕРЯ	-----
4.	Д Е		СИН	-----
5.	И И.		СЕСТРА ЕДНОКРЪВНА	29.03.2009

Удостоверението е издадено на основание чл. 15, ал. 1 от Наредбата за издаване на удостоверения въз основа на регистъра на населението

Длъжностно лице: НІ  
име: собствено фамилно

Подпис и печат:

