



ОБЩИНА гр. Нови пазар	
Регистрационен индекс и дата	
ДР - 1482 / 01.09.2011	
Срок за изпълнение	Приложение №1

ДО  
КМЕТА  
НА ОБЩИНА  
НОВИ ПАЗАР

*И. Кочев*  
*01.09.2011*

**ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ**

Данни на кандидата:

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

**Желя 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: ell 3 Di  
 .....  
 (име, презиме, фамилия)

ЕГН: ....., Семейно положение: неженен

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 checked="" 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 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 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 ЛКК <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"/> 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.	<i>[Signature]</i>		<i>[Address]</i>	<i>[Relationship]</i>
2.	<i>[Signature]</i>		<i>[Address]</i>	<i>[Relationship]</i>
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: ..... *7636* ..... лв. *[Signature]*

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ..... *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 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 нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.**

Дата: <sup>v</sup> 01.09.2015  
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  
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/иат/ата

.....  
(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 :

.....  
(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 сега съгласие.

Дата: 01.03.2011 г.

Декларатор: .....

(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>	<b>Издател</b> МБАЛ - Шумен АД
Адрес Нови пазар, ул.	Адрес гр. Шумен, ул. Васил Априлов 63
ИН/ЕГН	ИН/ЕГН 127521092
ИН по ДДС	ИН по ДДС BG127521092

### Фактура

№ **0000134747** 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
2	761 Фемор.глави с конус 12/145/40,керамика ,с р-р , 28мм,32мм,	бр.	1	1380.00	1380
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
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
5	981 Сума платена от НЗОК M05053030000205	бр.	1	-1080.00	-1080
ВСИЧКО (с думи): четири хиляди петстотин лв. и 0 ст.				Данъчна основа	<b>4500</b>
				ДДС %	<b>0</b>
				Обща стойност	<b>4500</b>

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

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

Място на сделката: **Шумен**

Пациент **1 3**  
ЕГН

Начин на плащане: **В брой**

По IBAN  
BIC  
При:  
Съставил: **Ирина Николова**

Подпис

Подпис

1946-2021 Гамма Консулт + КОДМАСТЕР e. www.gammaconsult.com

**ОРИГИНАЛ**





# TREMOL M20

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

#0001 Ирина Николова 10 #  
#Каса: 2 #  
#Касиер: 223 Ирина Николова #  
#КО: 1000052200 #  
#744 Тазоб.стебло за безцим.фик#  
#сация ,стебла с овал #  
#на форма ,р-р 7ляво и 7дясно б#  
#едро #  
#761 Фемор.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. Инлеи с 0 и 10 инклин#  
#ация. Вътр.Д 28мм,32мм,36мм. Д#  
#а е И #  
#зrab. от Чирулен 1020X -ASTM F#  
#2565 #  
#981 Су #  
#ма платена от НЗОК M0505303000#  
#0205 #

Плащане за медицински услуги  
Сума\*А 4500.00  
Обща сума 4500.00

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

029281 1 Артикула  
06-07-2021 14:25:40



**BG** ФИСКАЛЕН БОН  
ZK128676 50165271  
F02F06058773A241FE27  
198967657607BF02EEDF



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

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ!  
по закон, чл. 40 ал. 1 от згр - без такси

Изх.№ СЛУЖЕБНО  
Дата: 07.09.2021 г.  
ден, месец, година

### УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГА И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: М      З      І  
собствено      бащино      фамилно

ЕГН/Дата на раждане:

е със семейно положение: **РАЗВЕДЕН**

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 Д		ЗАЩА	-----
2.	Д      КІ Д		МАЙКА	-----
3.	К      З, А		ЗЕСТРА	-----

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

Длъжностно лице: Н      ЦІ  
име:      собствено      фамилно

Подпис и печат:

