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

ОБЩИНА Нови пазар
Изх № 08-01-66
09.05. 2022 г
ПК 9900

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-НОВИ ПАЗАР
Вх. № 00-100
09.05. 2022 г.
П.К. 9900

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР.НОВИ ПАЗАР

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ЗЛАТИНА ТАСКОВА

Заместник кмет на Община Нови пазар

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на Р Х Р

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Р Х Р от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, , регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-324/08.04.2022 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение.

Р Р е на . има издадено Експертно решение № 0194/013 от 10.02.2020 г. с водеща диагноза „Инсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения" - Захарен диабет тип II изчерпани инсулинови резерви. Живее заедно със съпруга си Б В Р който също е пенсионер.

Г-жа Р е претърпяла инцидент и е постъпила на 21.03.2022 в „Многопрофилна болница за активно лечение - Шумен" АД и по данни на епикризата, е с окончателна диагноза - „Множествени счупвания на дясна подбедрица, закрито" със силни болки и ограничени движения и придружаващи заболявания - стенокардия, хипертонично сърце без (застойна) сърдечна недостатъчност, инсулинозависим диабет с множествени усложнения. На 23.03.2022 г. е оперирана, като е поставена фрактура с вътрешна фиксация, тибия и фибула на дясна подбедрена става.

Г-жа Р е заплатила 1620,00 лв. за операцията и консумативите.

Доходите на семейството от получаване на пенсии са в размер на 897,15 лв. месечно.

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, т. 8 и ал. 2, 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 Р Х Р в размер на 486,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация" §4214 срещу представяне на разходооправдателни документи.

ЗЛАТИНА ТАСКОВА
ЗА Кмет на Община Нови пазар
Съгл. Заповед № 375/01.04.2020

Съгласувал:
Жанета Желязкова – *н-к отдел „ХП и ППСН"*

Проверил:
Йордан Иванов –*юрисконсулт* „ОС и ПИ"

Изготвил:
Маринела Петрова – *мл. експерт„СД"*

Маринов тийф
08.04.22

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ОБЩИНА гр. Нови пазар
Регистрационен индекс и дата
ЗР-324 / 08.04.2022
Срок за изпълнение

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

Г Х Р. .....

Постоянен адрес: гр./с. Нови пазар....., **община** Нови пазар.....
Област Шумен.....
ул. .....№ **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Настоящ адрес: гр./с. Нови пазар....., **община** Нови пазар.....
Област Шумен.....
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:** омъжена

Съпруг/съпруга: ....
(име, презиме, фамилия)

ЕГН: .....,
Постоянен адрес: гр./с. Нови пазар....., **община** Нови пазар.....
Област Шумен.....
ул. .....№ , **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Настоящ адрес: гр./с. Нови пазар....., **община** Нови пазар.....
Област Шумен.....,
ул. ..... **№** **бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
телефон за връзка: ...

II. Социална група

Декларатор:		**Съпруг (съпруга)**	
☐ Работещ	☐ Безработен	☐ Работещ	☐ Безработен
☐ Осигурен	☐ Неосигурен	☐ Осигурен	☐ Неосигурен
☒ Пенсионер	☐ Учащ се	☒ Пенсионер	☐ Учащ се
☐ Друго.		☐ Друго.	

III. Здравословно състояние

Декларатор:		**Съпруг (съпруга)**	
☐ здрав	☐ с ЛКК	☒ здрав	☐ с ЛКК
☒ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	☐над 90%
☐ над 90% с ЧП	☐ от 50 до 69,99%	☐ над 90% с ЧП	☐ от 50 до 69,99%
☐ от 70 до 89,99%		☐ от 70 до 89,99%	

IV. В състава на семейството ми има/<u>няма</u> членове на възраст до 18 г., и те са:

(вярното се подчертава)

Име, презиме, фамилия		**ЕГН**	**Посещава училище**	**Здравословно състояние:**	
1.			☐ ДА ☐ НЕ	☐ здрав ☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐ с ЛКК ☐над 90% ☐ от 50 до 69,99%
2.			☐ ДА	☐ здрав	☐ с ЛКК

			☐ НЕ	☒ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☒ от 70 до 89,99%	☐ над 90% ☐ от 50 до 69,99%
3.			☐ ДА ☐ НЕ	☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК ☐ над 90% с ЧП ☐ от 70 до 89,99%	☐ над 90% ☐ 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.	[redacted]			дъщеря
2.	[redacted]			дъщеря

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: 5382.91 **лв.**

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ..... 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:

.....
Кола Фолксваген поло .....
.....
.....
.....
.....

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 декларирани от мен неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от НК.

Дата: 08.04.2022 **ДЕКЛАРАТОР: .** .....

гр. Нови пазар **(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

Р ..... долуподписан/ият/ата ..... Р ..... ,

(*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 еднократна помощ

(*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: 08.04.2022

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, както и в центъра за административно обслужване, кметствата на населените места на територията на община Нови пазар

„ МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ - ШУМЕН ” АД
гр. Шумен ул."В. Априлов" 63|тел. 054 / 855 755, факс 800 751, E-mail: mbal-shumen@ro-ni.net
гр. Нови пазар, ул. „Христо Ботев“ №22, тел 0537 / 2 20 92, e-mail: mbalnp@abv.bg
www.mbal-shumen.com

ЕПИКРИЗА

На Р Х Р год.ЕГН:

От Нови пазар , ул. И.З.№ **3585** / 2022 , по КП 217.1 Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник

постъпил на **21.03.2022 17:30**ч., изписан на **27.03.2022 09:33**ч.

Окончателна диагноза: S82.70 Множествени счупвания на подбедрицата,закрито

Придружаващи заболявания: I20.8 Други видове стенокардия; I11.9 Хипертонично сърце без (застойна) сърдечна недостатъчност; E11.4 Неинсулинозависим захарен диабет, с неврологични усложнения; G63.2 Диабетна полиневропатия; E10.7 Инсулинозависим захарен диабет, с множествени усложнения

Анамнеза: Анамнезата е снета по данни на пациентката. При падане получава травма на дясна глезенна става. Съобщава за силни болки и ограничени движения. Приема се в ОТО 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, взимащ активно участие в дишането. Статус локалис - Болка, оток и функциолеза в областта на десен глезен. Патологична подвижност, костни крепитации

Изследвания: 21.03.2022г. Антигенен тест за Covid-19 № S 3468 : (-) отр.; 21.03.2022 Глюкоза: 12.1 mmol/l H ; Креатинин: 58.0 µmol/L ; Урея: 5.5 mmol/l ; WBC: 12.51 10^9/l H ; RBC: 4.77 10^12/l ; HGB: 135.0 g/l ; HCT: 0.419 l/l ; MCV: 87.8 fl ; MCH: 28.3 pg ; MCHC: 322.0 g/l ; PLT: 273.0 10^9/l ; RDW-CV: 13.3 % ; MPV: 13.5 fl ; IG #: 10^9/l ; NEUT #: 10.81 10^9/l H ; LYMPH #: 1.03 10^9/l ; MONO #: 0.51 10^9/l ; EO #: 0.15 10^9/l ; BASO #: 0.01 10^9/l ; IG %: % ; NEUT %: 86.4 % H ; LYMPH %: 8.2 % L ; MONO%: 4.1 % ; EO %: 1.2 % ; BASO %: 0.1 % ; NRBC #: 10^9/l ; NRBC %: % ; Билирубин-общ - 13.7 ; Билирубин-директен - 2.3 ; Общ белтък - серум - 67.0 ; Аспартат аминотрансфераза (ASAT) - серум - 9.0 ; Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 15.0 ; 22.03.2022 Кръвна захар - 6:00ч - 6.8 ; pH - урина - <=5.0 ; Белтък - урина - Neg ; Билирубин - урина - Neg ; Кетотела - урина - Neg ; Кръв в урина - тест лента - Neg ; Глюкоза - урина - тест-лента - Neg ; Левкоцити - урина - тест-лента - Neg ; Нитрити - урина - Neg ; Уробилиноген - урина - Normal ; Специфично тегло - урина - >=1.030 ; Седиментно-ориентировъчно изследване - ед.еритроцити ; Кръвна захар - 12:00ч - 11.8 ; Време кървене - 60 ; Време съсирване - 210 ; 23.03.2022 WBC - 6.7 ; RBC - 4.55 ; HGB - 127.0 ; HCT - 0.392 ; MCV - 86.2 ; MCH - 27.9 ; MCHC - 324.0 ; PLT - 249.0 ; RDW-CV - 13.0 ; MPV - 12.6 ; IG # - ; NEUT # - 4.32 ; LYMPH # - 1.76 ; MONO # - 0.53 ; EO # - 0.08 ; BASO # - 0.01 ; IG % - ; NEUT % - 64.5 ; LYMPH % - 26.3 ; MONO% - 7.9 ; EO % - 1.2 ; BASO % - 0.1 ; NRBC # - ; NRBC % - ; Кръвна захар - 18:00ч - 21.4 ; Кръвна захар- 22:00 - 14.6 ; 24.03.2022 Кръвна захар - 6:00ч - 10.8 ; 21/03/22 Рентгенография на дясна глезенна става Фрактура на фибулата в дистална метафиза. Фрактура на тибията в дистална метаепифиза дорзално. Фрактура на дясна глезенна става. 23/03/22 Рентгенография на дясна глезенна става Състояние след репозиция. Метална остеосинтеза на фибулата. Гипсова имобилизация Контрола

Терапия: Арикстра 2,5 x1, Аксетин 2x1,5, Фамотидин x1, Паратрамол 3x1, ЛФК; Терапия по рецептурна книжка № : Инс. Инсулатард 14E+0+20E

Ход на заболяването: пациентката бе лекувана оперативно

Консултативни прегледи: проведени консулти с кардиолог - Pulmo вез. дишане без хрипове, ЕКГ - ляв позоционен тип, синусов ритъм; анестезиолог - ASA клас II E 3т; ендокринолог - диета 9, терапия - Инс. Инсулатард 14E+0+12E; физиотерапевт - изометрични упражнения и ЛФК

Настъпили усложнения: няма

Операция: **Дата**: 23/03/22

Извадка от опертивен протокол: 362/23.03.22г. час 11:45 МКБ 79.36 открито наместване на фрактура с вътрешна фиксация, тибия и фибула, оператор д-р Янакиев, асистенти д-р Моканов, д-р Мехмед - Под обща анестезия след щателно почистване на полето с латерален достъп се достигна до фрактурата на фибулата. Ивърши се открита репозиция и компресивна остеосинтеза и неутрализираща ъгловостабилна 1/3 семитубуларна плака.със 7ао заключващи винта 1 един незаключвашОт медиално се извърши шев на делтоидна връзка. Щателна хемостаза . Послойно затваряне на раната. Шев на кожа. Стерилна превръзка. гипсова имобилизация. Направена постоперативна рентгенография.

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: 01.04.2022г. и на 06.04.2022г. Всеки пациент има право на два безплатни контролни прегледа в рамките на 30 календарни дни при необходимост.

Препоръки и назначения: превръзка на 01.04.2022г. и на 06.04.2022г. сваляне на хирургичните конци, имобилизация с гипсовата шина за срок от 15 дни до 06.04.2022г., Фраксипарин 0,6 / Клексан 0,6 / Арикстра 2,5 мг. или Ксарелто 10 мг. х1 вечер за 30 дни, Натаспин х1 тб. вечер за 30 дни (след Фраксипарин / Клексан / Арикстра или Ксарелто), Пулсет 40 мг. х1 тб. сутрин за 30 дни, да не натоварва крайника 60 дни

Препоръки към ОПЛ: от консулта с ендокринолог - да продължи лечението с Инс. Инсулатард 22Е+0+14Е. За наблюдение в дома от изпълнителите на ДМП.

Описание на документите: Дадена епикриза в два екземпляра. Подпис пациент:

Лекуващ лекар: ..... д-р Александър Господинов

Завеждащ отделение: Д-р Валентин Димитров

"Мн... болница за активно лечение-Шумен"АД ШУМЕН 7

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-153
Дата: 07.04.2022 г.

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Издава се на I X P. ЕГН
от ГР.НОВИ ПАЗАР в уверение на това, че същата за периода от м. април 2021 г. до м. март 2022 г. е получила следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
04.2021 г.	365.00	315.00	0.00	50.00
05.2021 г.	365.00	315.00	0.00	50.00
06.2021 г.	365.00	315.00	0.00	50.00
07.2021 г.	365.00	315.00	0.00	50.00
08.2021 г.	365.00	315.00	0.00	50.00
09.2021 г.	365.00	315.00	0.00	50.00
10.2021 г.	435.00	315.00	0.00	120.00
11.2021 г.	435.00	315.00	0.00	120.00
12.2021 г.	435.00	315.00	0.00	120.00
01.2022 г.	465.10	405.10	0.00	60.00
02.2022 г.	523.50	388.50	0.00	135.00
03.2022 г.	448.50	388.50	0.00	60.00

Настоящото се издава на основание чл. 89 от Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж.

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА ГР. НОВИ ПАЗАР.

НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ * ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ ШУМЕН

Началник на сектор:
МАРГАРИТА КОВАЧЕВА
/Съгласно Заповед № 1015-27-29/14.03.2022 г./

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-154
Дата: 11.04.2022 г.

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Издава се на Б В Р , ЕГ
от ГР.НОВИ ПАЗАР УЛ в уверение на това, че същият за периода от м. май 2021 г. до м. април 2022 г. е получил следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
05.2021 г.	350.00	300.00	0.00	50.00
06.2021 г.	350.00	300.00	0.00	50.00
07.2021 г.	350.00	300.00	0.00	50.00
08.2021 г.	350.00	300.00	0.00	50.00
09.2021 г.	350.00	300.00	0.00	50.00
10.2021 г.	420.00	300.00	0.00	120.00
11.2021 г.	420.00	300.00	0.00	120.00
12.2021 г.	420.00	300.00	0.00	120.00
01.2022 г.	445.81	385.81	0.00	60.00
02.2022 г.	505.00	370.00	0.00	135.00
03.2022 г.	430.00	370.00	0.00	60.00
04.2022 г.	430.00	370.00	0.00	60.00

Настоящото се издава на основание чл. 89 от Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж.

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР.

НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ * ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ ШУМЕН * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Началник на сектор:
МАРГАРИТА КОВАЧЕВА
/Съгласно Заповед № 1015-27-29/14.03.2022 г./

Получател [redacted]	Издател МБАЛ - Шумен
Адрес Нови пазар, ул.	Адрес
ИН/ЕГН	ИН/ЕГН
ИН по ДДС	ИН по ДДС

Фактура

№ **4000008488** от дата **22/03/2022 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Ко
1	3001 Комплект тубуларна, плака 3,5мм със заключващо компресионни отвори	бр	

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

Данъ
ДДС :
Обща

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: 22/03/2022 г.
Място на сделката: Шумен
Пациент [redacted]
ЕГН

Начин на плащане: В бр
По IBAN
BIC
При:
Съставил: Фатме Исмаил

Подпис .....

Подпис

1996-2022 Гама Консулт ЕООД "КОДМАСТЕР" - www.gammaconsult.com

TREMOL ZM-KL

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

#0001 Фатме Исмаил 03
#Каса: 6 #
#Касиер: 224 Фатме Исмаил #
#КО: 12530 #
#3001 Комплект тубуларна, плака# 0
3,5мм
със заключващо компреси
Сума*Б 1620.00
Обща сума 1620.00

Всичко 1620.00
ДДС*Б 270.00
Б = 20.00%
Нето ст-ст 1350.00
В брой лв 1620.00
1 Артикула
038744 22-03-2022 12:59:15

ФИСКАЛЕН БОН
ZK113069 50132214
A09800B8C5E6BD5C6A61
44D272C6E82C447A4ACD

ОРИГИНАЛ

ОРИГИНАЛ

"МБАЛ Шумен" АД - гр. Шумен

наименование на лечебно заведение

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ № 0194 от 013 (зас. №) 100220 (ден мес. год.)

ТЕЛК за: ТЕЛК II състав към МБАЛ Шумен - гр. Нови Пазар 2711

Председател: Д-Р С. ВЪЛКОВА

Членове: 1.Д-Р Д. ЧАКЪРОВ 2.Д-Р А. АЛЕКСИЕВ 3.

4. 5. 6.

1. На F X F (име, презиме, фамилия) ЕГН

Лична карта N _ Издадена на от МВР ШУМЕН валидна до

2. Постоянен адрес: Обл.Шумен Общ.Нови пазар - гр. Нови пазар (обл. общ. гр. (с.), ж.к., бл., вх., ап., ул.,) 27

3. Настоящ адрес: Обл.Шумен Общ.Нови пазар - гр. Нови пазар (обл. общ. гр. (с.), ж.к., бл., вх., ап., ул., ...) 27

4. Трудова заетост: не работи — 3

1 работи – професия; 2 работи – пенсионер с лична пенсия за инвалидност; 3 не работи; 4 умрял; 5. с придобито право на пенсия за ОСВ; 6 работи – пенсионер с придобито право за пенсия за ОСВ;

5. Състояние до експертизата: 74% трайно намалена работоспособност — 6

1 работоспособен; 2 временно неработоспособен; 3 временно неработоспособно лице с увреждане; 4 над 90% с чужда помощ 5 над 90% без чужда помощ; 6 71%-90%; 7 50%-70%; 8 до 50%; 9 без % вид и степен на увреждане

6. Вид експертиза: преосвидетелстване — 2

1 освидетелстване; 2 преосвидетелстване; 3 частична 4. консултация

7. Начин на вземане на решение: След преглед — 2

1 по документи; 2 след преглед

8. Място на експертиза: ТЕЛК — 1

1 ТЕЛК; 2 дсм; 3 социално заведение 4 др.

9. Оценка на работоспособността: 71% трайно намалена работоспособност — 6

1 работоспособен; 2 временно неработоспособен; 3 временно неработоспособно лице с увреждане; 4 над 90% с чужда помощ 5 над 90% без чужда помощ; 6 71%-90%; 7 50%-70%; 8 до 50%; 9 без % вид и степен на увреждане

Обжалвани болнични листове:

10. Срок на чуждата помощ: 000000 (ден мес. год.)

11. Срок на определения % трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане 010223 (ден мес. год.) за 3 години — 3

1 г.; 2 г.; 3 г.; 4 пожизнен

12. Инвалидност по причини:

	Общо заболяване	Трудова злополука	Професионално заболяване	Общо тр. злоп. и проф. забол.	Военна инвалидност	Гражданска инвалидност	
% тр. н. раб.	71.0%	----	----	----	----	----	
Дата инв.	13.12.2017	----	----		----	----	10000

13. Водеща диагноза: ИНСУЛИНОЗАВИСИМ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ С МНОЖЕСТВЕНИ УСЛОЖНЕНИЯ — E10.7

13.1. Общо заболяване: ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП II ИЗЧЕРПАНИ ИНСУЛИНОВИ РЕЗЕРВИ. ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ. ДИАБЕТНА АНГИОПАТИЯ. АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ ГР II УМЕРЕНО ВИСОКА СФ. ХИПЕРТОНИЧНО СЪРЦЕ БЕЗ СН. — E10.7

13.2. Трудова злополука:

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ гр. Шумен

ВЛЯЗЛО В СИЛА

Дата: 09.03 2020 г.

Подпис:

13.3. Професионално заболяване:

14.Военна инвалидност:

15.Противопоказни условия на труд: Тежък физически труд.

Констатация от медицинските изследвания, представените документи и мотиви за експертното решение:

Преглед на 10.02.2020г.
ПМ: ОТС - 22 год. като снабдител, опаковач, общ работник в КК, продавач-консултант. Не работи от 27.11.2017г.;
Образование - Средно. Закъснението е поради претовареност на ТЕЛК.

МОТИВИ: ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП II ИЗЧЕРПАНИ ИНСУЛИНОВИ РЕЗЕРВИ. ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ /ЕМГ ОТ 14.11.2019г./. ДИАБЕТНА АНГИОПАТИЯ /УЗД ОТ 14.11.2019г./ - НА ЛЕЧЕНИЕ С ИНСУЛИН ИНСУЛАТАРД НМ 18+12Е - /Е10.7/ - ПО Ч.9 Р.1 Т.2.3.2 - 71%;
АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ ГР II УМЕРЕНО ВИСОКА СФ. ХИПЕРТОНИЧНО СЪРЦЕ БЕЗ СН - /I11.9/ - ПО Ч.4 Р.6 Т.2.1 - 20%.

ПРОЦЕНТ Т.Н.Р - 71% /по т. III на Методиката Приложение № 2 към чл.63 ал.3 от НМЕ/
СРОК НА ОПРЕДЕЛЕНИЯ % Т.Н.Р. - 3 ГОДИНИ.

ДИ: Установена.

АНАМНЕЗА: През 2008г. при профилактичен преглед установен Захарен диабет, назначено лечение с диета и таблетки. През 2017г. преминала на Инсулин по повод високи стойности на КЗП, парене, мравучкане, изстиване на стъпалата и доказване на усложнения от страна на периферна нервна и кръвоносна системи. Оперирана за лейомиом 2008г., след което е започнала да повишава РР до 180/100-110 с главоболие, световъртеж, сърцебиене. Оплаква се от болка в коленете, ТБС, гр.стълб.

ОБЕКТИВНО: Жена на възраст отговаряща на действителната, в задоволително общо с-ние, Р 159 см, Т 81 кг. Кожа и видими лигавици бл.розови. ШЛВ - б.о., щит.жлеза - леко увеличена.в ляво - неболезнена. Везикуларно дишане без хрипове. РСД, ФР 64, РР 165/100. Корем на нивото на гр.кош, Черен дроб на реб.дъга, слезка неувеличена. Сук.рен./-/дв. Долни крайници - леко изразени отоци. Запазена подвижност на колените. Студени стъпала. Отслабени пулсации на аа· дорзалис педис двустранно. Отслабени Ахилов и коленен рефлекс двустранно. Дистална хипестезия за долни крайници.

ПРИЛОЖЕНИЕ: Етапна епикриза от ОПЛ, Консулти от кардиолог с ЕКГ, офталмолог, ендокринолог, невролог с ЕМГ, съдов хирург с УЗД, параклиника.

Териална експертна лекарска „МБАЛ-ШУМЕН" АД II състав

Председател: ....
Членове: 1 ....
2 ....
3 ....
4 ....
5 ....
6 ....

СВ/АД
ПОЛУЧИХ ЕР НА ТЕЛК НА: 10.02.20
(дата, година)
ПОДПИС НА ЛИЦЕТО: .....
УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ:.....
(имена и подпис)

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

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

Изх.№ СЛУЖЕБНО
Дата: 28.04.2022 г.
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: Р Х Р
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.	Б В Р		СЪПРУГ	----------
2.	Х С Х		БАЩА	
3.	Н Т		МАЙКА	----------
4.	Р С Г		ДЪЩЕРЯ	----------
5.	Н Е Е		ДЪЩЕРЯ	----------
6.	Г Х		БРАТ ЕДНОКРЪВЕН	

Длъжностно лице: РОСИЦА ГОЧЕВА
име: собствено фамилно

Подпис и печат:

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ!
на осн. чл. 40 ал. 1 от зтр - без такса

Име: І Х Р
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
7.	П Т(А		БРАТ ЕДНОУТРОБЕН	---------
8.	С Х С		БРАТ ЕДНОКРЪВЕН	---------

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

Длъжностно лице: РОСИЦА ГОЧЕВА
име: собствено

Подпис и печат: