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. No 08-01-86
13.06. 2022 г.
ПК 9900

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-НОВИ ПАЗАР
Вх. № 00-136
13.06. 2022г.
П.К. 9900

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на Д Т Д

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Д Т Д от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-443/27.05.2022 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за операция на Д Т Д

Д Д , пенсионерка, вдовица.

По данни от представената епикриза, на 06.04.2022 г. г-жа Д е постъпила за лечение в „Многопрофилна болница за активно лечение - Шумен" АД, с окончателна диагноза – Пертрохантерно счупване на десен долен крайник, закрито и придружаващи заболявания - рецидивиращо депресивно разстройство, хипотиреоидизъм, диабетна полиневропатия с неврологични усложнения, други видове стенокардия, последици от мозъчен инфаркт, лявокамерна недостатъчност и издадено Експертно решение № 0583/043 от 01.04.2013 г. с водеща диагноза „Лявокамерна недостатъчност".

Г-жа Д е оперирана на 08.04.2022 г., като е направено открито наместване на дясна фрактура с вътрешна фиксация, фемур и е поставена спирала 110 мм. на бедрена шийка и е заплатила 2040,00 лв. за операцията и консумативите.

Пенсията, която получава г-жа Д е в размер на 643,18 лв. месечно.

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, т. 6 и ал. 2 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 Т Д в размер на 612,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация" §4214 срещу представяне на оправдателни документи.

ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови

Съгласувал:
Златина Таскова – зам.кмет на Община Нови пазар

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

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

Маринела Пиндрова
30.05.2

ОБЩИНА гр. Нови пазар
Регистрационен индекс и дата
ДР-443/27.05.22
Срок за изпълнение

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ

Данни на кандидата:

.....Д..... .....Т..... .....Д.....

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

Данни на законния представител на кандидата:

.....А..... .....Д..... .....Х.....

(име, презиме и фамилия)

Постоянен адрес: гр./с. ...Варна..... **, община** ...Варна.....
Област ...Варна.....
ул. ...
Настоящ адрес: гр./с. .....Варна..... **№** ....., **бл.** ..... **в** ..... **ет.** ..... **, ап.**
Област ...Варна..... **, община** ...В..... **а**.....
ул. ....
телефон за връзка: ..... **№** ..... **, бл.** ....., **в** ..... **, ет.** ..... **, ап.**

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:** .....

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)**	
☐ 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/няма 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]			
2.	[redacted]			син
				дъщеря

VI. Декларирам, че съжит[redacted]не съвместно 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: 3859,08 **лв.**

IX. Обитавано жилище:
Състои се от ...3.... 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 нелвижима собственост:
1. 1/3 ид.ч. [illegible] жима
.....
.....
.....
.....
.....

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: 27.05.2022г.

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/ият/ата
.....Д.....Г.....Д.....

(*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 отпускане на 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: 27.05.2022г.

Декларатор:

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

Получател ,	**Издател** МБАЛ - Ш
Адрес Нови пазар,	Адрес гр. Шуме
ИН/ЕГН	ИН/ЕГН 12752109
ИН по ДДС	ИН по ДДС BG127521

Фактура

№ **0000139563** от дата **07/04/2022**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка
1	3018 Комплект къс проксимален фемурален пирон, стомана	бр

ВСИЧКО (с думи): две хиляди четиридесет лв. и 0 ст.

Д
Д
О

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: **07/04/2022 г.**
Място на сделката: **Шумен**
Пациент Д Т Л
ЕГН

Начин на плащане: С
По IBAN
BIC
При:
Съставил: Мария Кръст

Подпис

1996-2022 Гама Консулт & КОДМАСТЕР©, www.gammaconsult.com

Подпис

TREMOL M20

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

#0001 Мария Кръстева 11
#Каса: 2 #
#Касиер: 225 Мария Кръстева #
#КО: 1000056735 #
#3018 Комплект къс пр #
оксимален фемурален пирон, стома
на
Сума*Б 2040.00
Обща сума 2040.00

Всичко 2040.00
ДДС*Б 340.00
Б = 20.00%
Нето ст-ст 1700.00
Карта 2040.00
1 Артикула
034319 07-04-2022 08:25:12

BG ФИСКАЛЕН БОН
K128676 50165271
5202033DE4D6

ОРИГИНАЛ
ОРИГИНАЛ
ОРИГИНАЛ

Получател [illegible]	**Издател** МБАЛ - Шумен АД
Адрес Нови пазар, ул. "[illegible]	Адрес гр. Шумен, ул. Васил Априлов 63
ИН/ЕГН	ИН/ЕГН
ИН по ДДС	ИН по ДДС

Фактура

№ **0000139563** от дата **07/04/2022 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	3018 Комплект къс проксимален фемурален пирон, стомана	бр	1	1700.00	170

ВСИЧКО (с думи): две хиляди четиридесет лв. и 0 ст.

Данъчна основа	**170**
ДДС 20%	**34**
Обща стойност	**204**

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие: **07/04/2022 г.**
Място на сделката: **Шумен**
Пациент Д [illegible] Д
ЕГН

Начин на плащане: **С карта**
По IBAN
BIC
При:
Съставил: Мария Кръстева

Подпис

Подпис

1996-2022 Гама Консулт + КОДМАСТЕР+, www.gammaconsult.com

ОРИГИНАЛ
ОРИГИНАЛ
ОРИГИНАЛ

П Ъ Л Н О М О Щ Н О

Подписаната: Д Т Д ЕГН с постоянен адрес гр. Нови пазар, ул. притежаваща лична карта № издадена от МВР гр. Шумен на 25.12.2001г.

У П Ъ Л Н О М О Щ А В А М

А Д Х -ЕГН- с постоянен адрес гр. Варна, ж.к. притежаващ лична карта № издадена от МВР гр. Варна на 08.07.2020г., със следните права, а именно:

1. Да ме представлява пред БАНКА ДСК ЕАД, като извършва без ограничение всякакви правни действие и всякакви операции по всички мои сметки и влогове в лева, евро и/или друга валута, в това число / но не само/: да открива и закрива на/ от мое име всякакви банкови сметки, безсрочни и срочни влогове/депозити/, разплащателни сметки; да внася и тегли неограничено суми по тях; да нарежда преводи в страната и чужбина; да сключва и прекратява договори за влог, за депозит, за разплащателна сметка, да дава от мое име писмени нареждания до Банката за блокиране/деблокиране на суми по моите сметки, ако и когато това е необходимо; да получава извлечения за наличността и движението по всички мои сметки, както и да извършва без ограничение всякакви действия на разпореждане с всички мои сметки/ влогове, депозити ,разплащателни сметки/, открити в Банката.
2. Да ме представлява пред Банката с право да получава издадени на мое име дебитни карти и съпътстващия ги персонален идентификационен номер/ПИН/ с цел същите да ми бъдат предадени;

С настоящото декларирам, че поемам риска от неполучаване на горепосочените в т.2 банкови карти или ПИН кодове, предадени от Банката на пълномощника, както и риска от неоторизирани транзакции извършени от пълномощника или трето лице, като няма да считам предаването на ПИН-кодове от Банката на пълномощника при условията на т.2 за разкриване на ПИН на лице, различно от оправомощения държател.

3. Да попълва от мое име всички свързани с операцията документи, включително Декларация за произхода на средствата по Закона за мерките срещу изпирането на пари, да попълва и подава Декларации, потвърждения и други документи от името на упълномощителя. Да попълва от мое име въпросника „Познай своя клиент", да актуализира клиентските ми данни при промяна и нужда.
4. Да получава от мое име и за моя сметка личната ми пенсия и парични помощи, включително обезщетения, изплащани по линията на социалното осигуряване, каквито ми бъдат отпуснати, без ограничение в размера, като за целта ме представлява пред съответния Пощенски клон, Пощите, Националния осигурителен институт, Социални грижи и навсякъде, където е необходимо, да получава компенсации, добавки, надбавки и индексации, каквито бъдат отпуснати, като за целта ме подписва навсякъде, където е необходимо.

5. Да ме представлява пред НОИ, НАП, общини, Български пощи ЕАД, БЧК, АСП-Дирекция Социално подпомагане /ДСП/, РЗОК, ТЕЛК, застрахователни дружества, всички търговски банки на територията на РБългария и всички други надлежни органи,вкл.държавни и общински органи,болници и болнични заведения,физически и юридически лица като извършва всички необходими и правни и фактически действия в защита на мои права и интереси, вкл. и във вразка с отпускането на социа помощи за ток, отопление, транспорт, телефон, хранителни помощи, медицин изделия и медикаменти, помощни средства и други консумативи полагащи ми, оглед на здравословното ми състояние /и др. вкл. за отпускане на целеви помощ покупка и ремонт на медицински изделия и /или помощни средства ,приспособлен съоръжения и др. Да получава помощите, медикаментите, помощните средст лекарствата, застрахователни. обезщетения и др. включително и паричната им равностойност в брой или по банков път. Да подава документи, заявления, молби искания за предоставяне на социални услуги-социален патронаж,да подава от мое име искане,заявление,молби за предоставяне на социални услуги предоставени от доставчици-държавни,общински или от физически или юридически лица като от мое име предоставя документи за одобряване и предоставяне на социални услуги по програми.

6. Да ме представлява пред ВиК като извършва следните действия от мое име.
Да заявява, открива,закрива,промена,прехвърля и регистрира партиди на мое име за вода по отношение на собствения ми недвижим имот. Да заплаща дължимите суми за консумирана вода, да прави справки,да получава информация за текущи и минали потребления и начислени задължения,да подава информация за потребление на вода от поставения водомер,да заявява смяна,поправка и засичане на водомер,да подписва протоколи,заявления,да подава жалби и сигнали пред ВиК и компетентните органи.

7. Да ме представлява пред „ЕНЕРГО-ПРО Продажби"АД и "ЕНЕРГОРАЗПРЕДЕЛЕНИЕ СЕВЕР" АД /заедно по-долу наричани „Дружествата"/,като извършва следните действия от мое име.
Да заявява,открива ,променя, прехвърля и регистрира партиди на мое име за електроенергия по отношение на собствения ми недвижим имот .Да заплаща дължимите суми за консумиранатта електроенергия, да прави справки ,да получава информация за текущи и минали потребления и начислени задължения,да подава информация за потребление на електроенергия от поставения електромер,да заявява смяна,поправка и засичане на електромер,да подписва протоколи, заявления подава жалби и сигнали пред Дружествата и компетентните органи.

8. Да ме представлява пред ТЕЛК с права да подава от мое молби,декларации,заявления, документи във връзка с определяне на процент и сте на инвалидност. Да обжалва актове и решения на ТЕЛК.

Всички права по пълномощното да се тълкуват изцяло в полза на упълномощеното лице.

Пълномощното е безсрочно.

УПЪЛНОМОЩИТЕЛ:..

На 13.05.2022 г., ПЕТЪР АБАДЖИЕВ, нотариус в район РС Нови пазар с рег. № 346 на Нотариалната камара, удостоверявам подписите върху този документ, положени от:
Д[illegible] 1 Д ЕГН: [illegible]: НОВИ ПАЗАР - Упълномощител
Рег. № 2235 Събрана такса: [illegible]

Нотариус:

Нотариус No:346
Петър
АБАДЖИЕВ
Районно действие
РС НОВИ ПАЗАР
Република България

„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 Д Т I од.ЕГН:

От Нови пазар , ул. И.З.№ **4330** / 2022 , по КП 217.1 Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник

постъпил на **06.04.2022 11:30**ч., изписан на **12.04.2022 14:33** ч.

Окончателна диагноза: S72.10 Пертрохантерно счупване,закрито

Придружаващи заболявания: F33.1 Рецидивиращо депресивно разстройство, сегашен епизод — умерено тежък ; E03.8 Други уточнени видове хипотиреоидизъм ; G63.2 Диабетна полиневропатия с неврологични усложнения ; I20.8 Други видове стенокардия; I69.3 Последици от мозъчен инфаркт; I50.1 Лявокамерна недостатъчност; I11.0 ХСБ със ЗСН

Анамнеза: При падане получава травма на десен долен крайник. Съобщава за силни болки ограничени движения на крайника.

Обективно състояние: Жена на видима възраст отговаряща на действителната в добро общо състояние. Афебрилна , авто и ало психично ориентирана. Заема активно положение в леглото. Кожа и видими лигавици - бледо розови. Дихателна система - везикуларно дишане, без прибавени хрипове. Ритмична сърдечна дейност, RR 120/80, Fr 78, ЕКГ - б.о.. Корем - мек, спонтанно и палпаторно неболезнен, взимащ активно участие в дишането. Статус локалис - скъсени външно ротиран десен долен крайник с функциолеза

Изследвания: 06.04.2022г. Антигенен тест за Covid-19 № S 4183 : (-) отр. Креатинин - 120.0 ; WBC - 14.56 ; RBC - 3.95 ; HGB - 107.0 ; HCT - 0.331 ; Билирубин-общ - 8.8 ; Билирубин-директен - 2.0 ; Общ белтък - серум - 65.0 ; Аспартат аминотрансфераза (ASAT) - серум - 15.0 ; Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 22.0 ; Кръвна захар - 18:00ч - 8.8 ; Кръвна захар- 22:00 - 10.2 ; 07.04.2022 WBC - 15.91 ; RBC - 3.63 ; HGB - 100.0 ; HCT - 0.311 ; Кръвна захар - 6:00ч - 9.6 ; 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 - 1.015 ; Седиментно-ориентировъчно изследване - ед левк. ; Време кървене - 120 ; Време съсирване - 270 ; 08.04.2022 Кръвна захар - 6:00ч - 13.1 ; WBC - 18.98 ; RBC - 3.66 ; HGB - 102.0 ; HCT - 0.335 ; Кръвна захар - 18:00ч - 20.5 ; 09.04.2022 WBC - 14.56 ; RBC - 3.15 ; HGB - 88.0 ; HCT - 0.275 ; Глюкоза - 20.21 ; 11.04.2022 WBC - 11.74 ; RBC - 3.04 ; HGB - 84.0 ; HCT - 0.264 ; 12.04.2022 WBC - 10.71 ; RBC - 3.25 ; HGB - 90.0 ; HCT - 0.282 ;06.04.2022г изследване:рентгенография на дясна тазобедрена ставаразчитане:пертрохантерна фрактура на десен фемур.заключение:фрактура. 08/04/22 рентгенография на дясна тазобедрена става - кугел разчитане:състояние след фрактура и репозиция.метална остеосинтеза на фемур.заключение: контрола.

Терапия: Арикстра 2,5 х1, Аналгин амп. пер ос 2х1, Паратрамол 3х1, Пробитор х40 мг., Аксетин 2х1,5, Вливания 1000 мл., ЛФК; Терапия по рецептурна книжка № 8278290 : Инс. Базал 26Е+0+24Е, Диапрел МР х1, Доксазозин 2х1, Ко-Валсакор 2х1, Заранта х1, Метфогама 2х1, Глимегама х1, Биволет х1

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 III Е 4т; ендокринолог - Касае се за захарен диабет тип 2, Лечение- Инс. Базал 26Е+0+24Е, Диапрел МР х1; физиотерапевт - изометрични упражнения и ЛФК

Настъпили усложнения: няма

Операция: **Дата**: 08/04/22

Извадка от опертивен протокол: 439/08.04.22г. час 11:10 МКБ 79.35 открито наместване на фрактура с вътрешна фиксация, фемур, оператор д-р В. Димитров, асистенти д-р М. Димитров, д-р Моканов, д-р Янакиев - 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/ 180mm. Проксимално под рентгенов контрол в две проекции се постави К-игла в центъра на бедрената шийка. Постави се спирала 110 мм .Извърши се компресия на бедрената шийка. Дистално заключване на пирона със статичен 36 mm. Послойно 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: 15.04.2022г. и на 19.04.2022г. Всеки пациент има право на два безплатни контролни прегледа в рамките на 30 календарни дни при необходимост.

Препоръки и назначения: Превръзка на 15.04.2022г. и на 19.04.2022г. сваляне на хирургичните конци, Да не натоварва крайника 180 дни, Контролна рентгенография и контролен преглед с ортопед след 90я ден, Арикстра 2,5 мг. / Фраксипарин 0,6 / Клексан 0,6 или Ксарелто 10 мг. х1 вечер за 30 дни, Нотроклот 2х1 тб. вечер за 30 дни (след Арикстра / Фраксипарин / Клексан или Ксарелто), Пулсет 40 мг. х1 тб. сутрин за 30 дни

Препоръки към ОПЛ: няма

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

Лекуващ лекар: ..... д-р Валентин Димитров

Завеждащ отделение: д-р Валентин Димитров

Обр. МЗ - Заповед РД 28-40/3.02.2011 г.

МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ "Д-Р Д. БЕРОВ" ЕООД - НОВИ ПАЗАР

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ № 0583 от 043

01 04 13 (ден мес. год)

ТЕЛК за ОБЩИ ЗАБОЛЯВАНИЯ 2711

Председател: д-р С. ВЪЛКОВА

членове: 1) д-р Д. ЧАКЪРОВ 2) д-р А. АЛЕКСИЕВ

1. На Д Т Д (име, презиме, фамилия) ЕГН

Л. карта № издадена на 25.12.01 от МВР Шумен валидна до без срок

2. Постоянен адрес: Нови пазар н.м:ГР.Н.ПАЗАР (обл., общ., гр.(с.), ж.к.,бл., вх.,ап.,ул.№)

3. Настоящ адрес: Нови пазар н.м:ГР.Н.ПАЗАР (обл., общ., гр.(с.), ж.к.,бл., вх.,ап.,ул.№)

4. Трудова заетост: С ППП ЗА ОСВ 5
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 на пенсия за ОСВ

5. Състояние до експертизата БЕЗ % ВИД И СТ.НА УВ 9
1. работоспособен; 2. временно неработопособен; 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: ОСВИДЕТЕЛСТВАНЕ 1
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 експертизата: ТЕЛК 1
1. ТЕЛК; 2. дом; 3. социално заведение; 4. други

9. Оценка на работоспособността/вида и степента на увреждане: 73%- СТ.НА УВР. 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 00 00 00 (ден мес. год.)

11. Срок на определения % трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане: 00 00 00 (ден мес. год.) за пожизн. 4
1 г.; 2 г.; 3 г.; 4пожизнен

12. Инвалидност по причини:

	Общо заболяване	Трудова злополука	Проф. заболяване	Общо тр. злоп. и проф. заб.	Военна инвалидност	Гражданска инвалидност
%ТНР/вид и степен на увреждане	73.00%					
Дата инв.	13.11.12					

10000

13. Водеща диагноза: Лявокамерна недостатъчност I501 (МКБ-10)

13. 1. Общо заболяване: ХЛСН III ФК ПО НИХА.АРТ.ХИПЕРТОНИЯ ГР III УМ.В.СМФ.Н ИПЕРТОНИЧНО СЪРЦЕ.ИБС САП II ФК.ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП 2 ЗАД.МЕТ .К-Л.ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ.ДИАБЕТНА НЕФРОПАТИЯ.ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ СЕТИВНА ФОРМА С ВЕГЕТАТИВНИ ПРОЯВИ.

13. 2. Трудова злополука I501 (МКБ-10)

13. 3. Професионално заболяване 0000 (МКБ-10)

14. Другие показани условия на труд 0000 (МКБ-10)

без лицата, придобили право на пенсия за ОСВ

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

Прегледа в ТЕЛК се извърши на 01.04.2013 г.

ПМ: ОТС 36 год.като счетоводител.Образование средно спец. Пенсионер за ОСВ.

АНАМНЕЗА: С установена преди много години хипертония с макс.ст-ти до 200/120, лекувана предимно амбулаторно, до 2005 година, когато забелязала отоци по долни крайници, задух при обичайни физ.усилия, тяжест в дясно подребрие. Насочена към кардиолог. До 11.2012 година в стабилизирано състояние, но след преболедуване от ОВИ не можела вечер да спи легнала, имала нощен задух, упорита кашлица, отоци в краката не преминавали, насочена към ВО МБАЛ нови пазар, установена калцификация на Ао дъга и двустранна пневмофиброза. От 2003 година доказан ЗД на лечение със СУП и диета. С болки , изтръпване и крампи на долни крайници, след проведено ЕМГ доказана ДПНП.При контролни прегледи за усложнения на ЗД е установено 10 кратно завишение на микроалбумина, насочена към нефролог,за наблюдение ,с данни за Диабетна глумерулопатия.

ОБЕКТИВНО:Жена на възраст отговаряща на действ.,в ср.увр.общо с-ние, кожа и видими лигавици бл.розови, език суховат, ШВЗ не се наблядава, щит.жлеза неув., вез.диш. с ед.др.вл.хрипове в основите, РСД, ФР 72, РР 165/100, Ч.дроб на 1 см от р.д., сук.рен./+/ двустранно, долни крайници - с отоци на глезените.Отслабени Ахилов и-пателарен рефлекс - двустранно.Дистална хипестезия за долни крайници.Отслабени пулсации на аа дорзалис педис.

ИЗСЛЕДВАНИЯ:Мед.направление за ТЕЛК, Етапна епикриза от ОПЛ, Епикриза от ВО, НО МБАЛ Нови пазар, к-т нефролог, невролог, гастроентеролог, офталмолог, кардиолог с ЕКГ, ендокринолог,Параклиника.

МОТИВИ:За ХЛСН III ФК по НИХА. Артериална хипертония гр III умерено висока СМФ. Хипертонично сърце. ИБС САП II ФК по ч.4 р.1 т.3-65% при ЕКГ-ляв тип, син.ритъм; ЕхоКГ - Дилатирано ЛП.Симетерична хипертрофия на ЛК.Склероза на Митр. и Ао клапен пръстен.Систолна и диастолна дисфункция; За Захарен диабет тип II задоволителен метаболитен контрол. Диабетна полиневропатия, Диабетна нефропатия по ч.9 р.1 т.1.2-40% от к-ти ендокринолог, нефролог - микроалбумин 200,0 g L; За Диабетна полиневропатия - сетивна форома с вегетативни прояви се оценява по ч.9.

СУМАРНО:73% СТ.НА УВР.-/В това число 20% по р.III на Методиката Приложение № 2 към чл.63 ал.3 от НМЕ/ за срок ПОЖИЗНЕН/съгласно чл.69 ал.7 от НМЕ/.

ДИ установена на 13.11.2012 година-датата на Медицинско направление за ТЕЛК.

Териториална експертна лекарска комисия
МБАЛ "Д-р Беров" ЕООД Нови пазар

Председател: _____

Членове: 1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Получих решението:

01042013
дата

СВ/РС

подпис

Експертното решение може да се обжалва в 14-дневен срок от получаването му пред НЕЛК.

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-200
Дата: 18.05.2022 г.

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Издава се на Д Т Д ЕГН
от ГІ в уверение на това, че същата за периода от м. октомври 2021 г. до м. май 2022 г. е получила следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
10.2021 г.	597.48	300.00	0.00	297.48
11.2021 г.	597.48	300.00	0.00	297.48
12.2021 г.	597.48	300.00	0.00	297.48
01.2022 г.	638.16	388.55	0.00	249.61
02.2022 г.	694.61	370.00	0.00	324.61
03.2022 г.	619.61	370.00	0.00	249.61
04.2022 г.	689.61	370.00	0.00	319.61
05.2022 г.	619.61	370.00	0.00	249.61

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

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР.

Експерт по осигуряването :

ИВЕЛИНА ИВАНОВА

/Съгласно Заповед № 1015-27-29/14.03.2022 г./

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: **08.06.2022 г.**
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: **Д** **Д**
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане:

е със семейно положение: **ВДОВИЦА**

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.			БАЩА	
2.			МАЙКА	
3.			СИН	
4.			ДЪЩЕРЯ	
5.			БРАТ	

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

Длъжностно лице: **НИКОЛИНКА ЦВЕТКОВА**
име: собствено фамилно

Подпис и печат: