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. № 08-01-101
13.07 2022 г.
ПК 9900

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-НОВИ ПАЗАР
Вх. № 00-161
13.07 2022
П.К. 9900

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за лечение на К Ю А,
УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от К Ю А, от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-485/16.06.2022 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за лечение.

Г-н А, е разведен, пенсионер, живее сам, има издадено Експертно решение № 0573/069 от 06.07.2018 г. с водеща диагноза: „Рецидивиращо депресивно разстройство" и общо заболяване - „ХОББ АХ III стадий, сърдечна и мозъчна форма, умерена степен, хипертонично сърце".

С представеното експертно решение на г-н А всеки месец се изписват лекарства, за които той е заплатил 84,02 лв.

По данни на представената епикриза г-н А е постъпил на 05.04.2022 г. в „Многопрофилна болница за активно лечение - Шумен" АД с окончателна диагноза: „COVID-19, идентифициран вирус" и придружаващи заболявания - „Друга уточнена обструктивна белодробна болест, рецидивиращо депресивно разстройство, сегашен епизод - умерено тежък, друга вирусна пневмония".

Г-н А получава пенсия в размер на 388,91 лв. месечно.

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

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 и чл. 60, ал. 1 от АПК

РЕШИ:

1. Отпуска еднократна финансова помощ на К Ю А в размер на 50,00 лв.
2. Средствата да се осигурят от бюджета на Община Нови пазар, дейност „Общинска администрация" §4214 срещу представяне на разходооправдателни документи.
3. Допуска предварително изпълнение по чл. 60, ал. 1 от АПК.

ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови п

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

Проверил:
Йордан Иванов – *юрисконсулт „ОС и ПИ"*
Изготвил:
Маринела Петрова - *мл. експерт „СД"*

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ОБЩИНА Нови пазар
Регистрационен индекс и дата
ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ РР-485/16.06.2022
Срок за приключване

Данни на кандидата:

К. Ю. Ф. .....

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:

К. Н. А. .....

(име, презиме и фамилия)
Постоянен адрес: гр./с. Нови пазар, **община** Нови пазар
Област Шумен
ул. .. **№** **., бл.** ....., **вх.** ....., **ет.** ....., **ап.** .....
Настоящ адрес: гр./с. ...р..... **бщина** Нови пазар
Област Шумен
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. X 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: К. ....

(име, презиме, фамилия)

Семейно положение: разведен

ЕГН

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 ☐ Осигурен ☒ Пенсионер ☐ Друго.	☐ Безработен ☐ Неосигурен ☐ Учащ се	☐ Работещ ☐ Осигурен ☐ Пенсионер ☐ Друго.	☐ Безработен ☐ Неосигурен ☐ Учащ се

III. Здравословно състояние

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

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.	Н К Н			дъщеря
2.	С К Н			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: ..2334,44.... лв.

IX. Обитавано жилище:

Състои се от ...4.... Стаи (без преходен хол, кухня и сервизни помещения).

Собственост на:

☒ собствено

☐ държавно/ведомствено

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)* .....

...Пенсията ми е много малка 315 лв. лежах в болницата в нови пазар ковид 19 не съм добр с белия дроб. казаха ми да ям силна хра

Известно ми е, че за декларирани от мен неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от ПК.

Дата: 16.06.22

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@iccn.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

Ар[illegible] подписан/ият/ата

К Ю А

[illegible]е, фамилия [illegible]ация

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 съгласие.

Дата: 16.06.22

Декларатор:

Получено от Р.ГОЧЕВА-МЛ.ЕКСПЕРТ" АОДА" НА „ГРАО" „.....на.....
(име, фамилия и подпис на длъжностното лице) *(дата)*

Ш Н 1141

МЗ – Национална експертна лекарска комисия

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ № 0 5 7 3 от 0 6 9 (зас. №) 0 6 0 7 1 8 (ден мес. год.)

Специализиран състав на НЕЛК по Специализиран състав по психични болести

Председател: Д-Р Е. ИВАНОВ

Членове: 1.Д-Р Б. ЗЕФИРОВА 2.Д-Р Е. Велинова 3.

4. 5. 6.

ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ НА НОИ ШУМЕН
Вх. № 10492 4.3211
ДАТА 16.08.2012

ЕГН

1. На К Ю А (презиме, фамилия)

Лична карта № Издадена на от МВР ШУМЕН валидна до Безсрочен

2. Постоянен адрес: Обл.Шумен Общ.Нови пазар - гр. Нови пазар (обл. общ. гр. (с.), ж) 2 7

3. Настоящ адрес: Обл.Шумен Общ.Нови пазар - гр. Нови пазар (обл. общ. гр. (с.), ж) 2 7

4. Трудова заетост: с придобито право на пенсия 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 за пенсия за ОСВ; 7 лице до 16 г. 7

5. Състояние до Експ. В ТЕЛК: 54 % /петдесет и четири %/ ВСУ

над 16 г.: 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

под 16 г.: 1 без % вид и степен на увреждане; 2 над 90% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 3 над 90% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 4. 71%-90% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 5.71%-90% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 6. 50%-70% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 7. 50%-70% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 8. до 50% вид и степен на увреждане

6. Обжалвано ЕР № 0 0 8 5 от 3 1 0 1 1 8 (ден мес. год) На ДЕЛК/ТЕЛК/НЕЛК ТЕЛК II състав към МБАЛ Шумен - гр. Нови Пазар 2 7 1

7. Обжалвани заинтересовани лица и органи: Лицето

1 лицето, 2 осигурителя, 3 НОИ, 4 АСП, 5 АХУ; 6 органи на мед. експертиза, 7 други

8. Решение на ТЕЛК/НЕЛК по обжалвания повод: 56.0 % /петдесет и шест %/ ВСУ

9. Вид експертиза: преосвидетелстване

1 освидетелстване; 2 преосвидетелстване; 3 частична; 4 консултация

10. Начин на вземане на решение: По документи 1

1 по документи; 2 след преглед

11. Място на експертиза: НЕЛК

1 НЕЛК; 2 дом; 3 др.

12. Решение на НЕЛК: Отменя ЕР на ТЕЛК по оценка степента на увреждане и издава ново, потвърждава по ДИ, причинна връзка и СИ.

1 Потвърждава; 2 Отменя и връща; 3 Отменя и издава ново решение; 4 Техническа грешка-корекция; 5 Отстраняване на непълнота

13. Оценка на работоспособността: 64.0 % /шестдесет и четири %/ ВСУ

над 16 г.: 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

под 16 г.: 1 без % вид и степен на увреждане; 2 над 90% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 3 над 90% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 4. 71%-90% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 5 71%-90% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 6. 50%-70% вид и степен на увреждане с чужда помощ; 7. 50%-70% вид и степен на увреждане без чужда помощ; 8. до 50% вид и степен на увреждане

Обжалвани болнични листове

14. Срок на чуждата помощ: 0 0 0 0 0 0 (ден мес. год)

15. Срок на определения % трайно намалена работоспособност/ в и степен на увреждане 0 0 0 0 0 0 (ден мес. год) за пожизнен (1 г.; 2 г.; 3 г.; 4 пожизнен)

16. Инвалидност по причини:

	Общо заболяване	Трудова злополука	Професионално заболяване	Общо тр. злоп. И проф. забол.	Военна инвалидност	Гражданска инвалидност
% тр. н. раб.	64.0%	----	----	----		----
Дата инв.	05.10.2012	----	----		----	----

1 0 0

ВЯРНО С ОРИГИНАЛА

ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ ШУМЕН

17. Водеща диагноза: Рецидивиращо депресивно разстройство F 3 3 . +

17.1. Общо заболяване: Рецидивиращо депресивно разстройство. ХОББ. АХ III стадий, сърдечна и мозъчна форма, умерена степен. Хипертонично сърце. С-м на ВБАС. F 3 3 . +

17.2. Трудова злополука:

17.3. Професионално заболяване:

18.Военна инвалидност:

19.Противопоказни условия на труд:

20. Препоръки за по-нататъшно наблюдение и рехабилитация:

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

Решението се постановява по документи на основание чл.50 ал.1 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза на работоспособността и на Регионалните картотеки на медицинските експертизи /ПУОРОМЕРРКМЕ/2010г.

НЕЛК ПО ПСИХИЧНИ БОЛЕСТИ:

В медицинската документация в МЕД има данни за Рецидивиращо депресивно разстройство с голяма давност, преживени множество депресивни епизоди, при прегледа в ТЕЛК на 31.01.2018 година обективизирано: "Видимо напрегнат....емоционално неустойчив, с нисък фрустрационен толеранс....набелязани идеи за малоценност и безперспективност...споделя цефалгия, анхедония, соматизация, астения, инсомния, спад в социалното функциониране, памет и интелект - начални когнитивни промени". Описаното състояние затруднява умерено социалната адаптация на лицето и обуславя 60% степен на увреждане по т.2.1, р.III, ч.II на НМЕ/Наредба за медицинска експертиза/-2017 година.

НЕЛК ПО ВЪТРЕШНИ И БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ: В етапна епикриза от 02.11.2017г. е регистрирана ХОББ. Описана е анамнеза за задух, умора, кашлица и храчки. Обективни данни за бронхоспазъм. Проведено лечение с Дуо Респ и Сийбри. Приложено е ФИД - от м.11.2017г. - изразен смесен вентилаторен с-м. Не са документирани обостряния, налагащи хоспитализации. За ХОББ на дезобструктивно лечение при дом. амб. условия без необходимост от чести хоспитализации се следват 20 % степена на увреждане по ч.6, р.9, т.1

НЕЛК ПО ССЗ: В МЕД са налични данни за артериална хипертония III стадий сърдечно-мозъчна форма, умерена степен. Наличие на МСБ.

От приложените изследвания в МЕД: ЕКГ - син. ритъм. ЕХОКГ- ЛК хипертрофия, ФИ-83%. Въз основа на приожените изследвания в МЕД се опрделят 20% ВСУ съгласно т.3а и 3б и във връзка с т.2, раздел VI, част IV от НМЕ/2017г. предвид на двуорганната увреда на таргентните органи.

Диагноза: АХ III стадий, сърдечна и мозъчна форма умерена степен. Хипертонично сърце

ВЯРНО С ОРИГИНАЛА

ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ * ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ ШУМЕН * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ * 6

Председател:

Членове: 1 2 3 4 5 6

/МБ

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-249
Дата: 16.06.2022 г.

У Д О С Т О В Е Р Е Н И Е

Издава се на К Ю А ЕГН
от ГР.НОВИ ПАЗАР в уверение на това, че същият за периода от м. декември 2021 г. до м. май 2022 г. е получил следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
12.2021 г.	375.00	255.00	0.00	120.00
01.2022 г.	387.94	327.94	0.00	60.00
02.2022 г.	375.50	314.50	0.00	61.00
03.2022 г.	375.00	314.50	0.00	60.50
04.2022 г.	445.00	314.50	0.00	130.50
05.2022 г.	375.00	314.50	0.00	60.50

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

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР.

НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ 6 ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ ШУМЕН РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Експерт по осигуряването

ИВАНОВА

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

Нови Пазар 3

CLICK - София

ОРИГИНАЛ

ФАКТУРА

Номер:

Дата на издаване: 09.03.2022 стр. 1

Дата на данъчното събитие: 09.03.2022

Получател : К Ю А

Адрес

Идент. Ном.-ДДС :

Идент. Ном. :

МОЛ : К К

IBAN :

Банка :

Доставчик : НОВА МЕД 2014 ООД

Адрес:р-н Младост бул. Република сгр. МЦ Младост Варна

Идент. Ном.-ДДС

Идент. Ном. :

МОЛ :

IBAN :

Банка :

Място на сделката : Нови пазар

No:	Шифър	Наименование	Мярка	Колич.	Ед.Цена	ТО %	Дан. Осн	ДДС %
1	0000559	ХИПОДЕХИДРА табл 25мг х 30бр	ОП. (= 30 БР.)	1.000	3.308	0	3.308	20.00
	Партида : 210905@ 99 Година до : 31.08.2024							
2	CF109	ВЕРАПАМИЛ филм табл 80мг х 50бр	ОП. (= 50 БР.)	1.000	2.008	0	2.008	20.00
	Партида : 080120@ 99 Година до : 28.01.2023							
3	4100000887	ТАМСОЛ Ретард капс 0.4мг х 30бр	ОП. (= 30 БР.)	1.000	5.834	0	5.834	20.00
	Партида : F14146A@ 99 Година до : 30.04.2024							

			Данъчна основа:		11.15
Нето сума	20.00%	11.15	Начисл. ДДС	20.00%	2.23
Нето сума	9.00%	0.00	Начисл. ДДС	9.00%	0.00
Нето сума	0.00%	0.00	Начисл. ДДС	0.00%	0.00
			Обща стойност:		13.38

Словом : тринадесет лева и 38ст.

Основание за неначисляване на ДДС:

Начин на плащане : В брой

Стоката е получена от К К А на дата : .....

Пълномощно No : ..... от ..... паспортни данни : ....

Получил :

Подпис : _____ /...../

Съставил :

Подпис : _____ /Дарина Петодиева/

Проверил : _____ /...../

Касиер : _____ /...../

Сп.

...ска Лагерешки" ...-1917-1/01.06.2021г. ...Христо Ботев" 22 ...Нови пазар

Софтуерна къща 'CLICK' - София тел. 02 / 831 90 37, 02 / 832 70 34

CLICK - София

ОРИГИНАЛ

Нови Пазар 3

ФАКТУРА

Номер: 8840002247 Дата на издаване: 04.07.2022 стр. 1

Дата на данъчното събитие: 01.07.2022

Получател : К Ю

Адрес:
Идент.
Идент. Ном. :
МОЛ :
IBAN :
Банка :

Доставчик : НОВА МЕД 2014 ООД

Адрес:р-н Младост бул. Република сгр. МЦ Младост Варна
Идент. Ном.-ДДС :
Идент. Ном. :
МОЛ :
IBAN :
Банка :

Място на сделката : Нови пазар

No:	Шифър	Наименование	Мярка	Колич.	Ед.Цена	ТО %	Дан. Осн	ДДС %
1	00091022	СИСТЕМА ИНФУЗИОННА ВИТАЛИС Партида : SRIN201 Годна до : 10.03.2027	БР.	2	0.656	0	1.312	20.00
2	1038314	ФУРОЗЕМИД СОФАРМА инж разтвор 10мг/мл 2мл х 10бр Партида : 10220 Годна до : 28.02.2023	ОП. (= 10 БР.)	0.200	13.092	0	2.618	20.00
3	600049	НАТРИЕВ ХЛОРИД БРАУН инф разтвор 500мл Партида : 221168141 Годна до : 28.02.2025	БР.	1	1.350	0	1.350	20.00
4	9022048	ЛИДОКАИН амп 1% 10мл х 50бр Партида : 131121 Годна до : 30.11.2023	БР.	1	1.742	0	1.742	20.00
5	9040031	РИНГЕР БРАУН инфузионен разтвор 500мл Партида : 214178141 Годна до : 30.09.2024	БР.	1	1.248	0	1.248	20.00
6	CF213	ХЛОФАЗОЛИН табл.0.15мг х 50бр Партида : 61121 Годна до : 28.11.2024	ОП. (= 50 БР.)	1.000	1.614	0	1.614	20.00

			Данъчна основа:		9.88
Нето сума	20.00%	9.88	Начисл. ДДС	20.00%	1.98
Нето сума	9.00%	0.00	Начисл. ДДС	9.00%	0.00
Нето сума	0.00%	0.00	Начисл. ДДС	0.00%	0.00
			Обща стойност:		11.86

Словом : единадесет лева и 86ст.

Основание за неначисляване на ДДС:

Начин на плащане : В брой

Стоката е получена от К К А на дата : .....

Пълномощно No : ..... от ..... паспортни данни : ...

Получил :

Подпис : _____
/...../

Състави

Подпис

ешки"
16.2021г.
тев" 22
зар

Проверил : _____
/...../

Касиер : _____
/...../

...../

CLICK - София

ОРИГИНАЛ

Нови Пазар 3

ФАКТУРА

Номер: 8840002246 Дата на издаване: 04.07.2022 стр. 1

Дата на данъчното събитие: 04.07.2022

Получател : К Ю А,
Адрес
Идент
Идент
МОЛ :
IBAN :
Банка :

Доставчик : НОВА МЕД 2014 ООД
Адрес:р-н Младост бул. Република сгр. МЦ
Младост Варн
Идент. Ном.-Д
Идент. Ном. :
МОЛ :
IBAN :
Банка :

Място на сделката : Нови пазар

No:	Шифър	Наименование	Мярка	Колич.	Ед.Цена	ТО %	Дан. Осн	ДДС %
1	1013465	ЦИКАТРИДИНА СПРЕЙ 125 мл Партида : 210370 Годна до : 31.05.2026	БР.	1	19.178	0	19.178	20.00

			Данъчна основа:		19.17
Нето сума	20.00%	19.17	Начисл. ДДС	20.00%	3.84
Нето сума	9.00%	0.00	Начисл. ДДС	9.00%	0.00
Нето сума	0.00%	0.00	Начисл. ДДС	0.00%	0.00
			Обща стойност:		23.01

Словом : двадесет и три лева и 1ст.

Основание за неначисляване на ДДС:

Начин на плащане : В брой

Стоката е получена от К К /А на дата : .....

Пълномощно No : ..... от ..... паспортни данни : .....

Получил :

Подпис : _____
/...../

Състави

Подпис

"Марешки"
...1.05.2021г.
...ета Котев" 22
Нови пазар
...../

Проверил : _____
/...../

Касиер : _____
/.....

Софтуерна къща 'CLICK' - София тел. 02 / 831 90 37, 02 / 832 70 34

CLICK - София

ОРИГИНАЛ

Нови Пазар 3

ФАКТУРА

Номер: 8840002245 Дата на издаване: 04.07.2022 стр. 1

Дата на данъчното събитие: 04.07.2022

Получател : К Ю А

Адрес
Идент
Идент
МОЛ :
IBAN :
Банка :

Доставчик : НОВА МЕД 2014 ООД

Адрес:р-н Младост бул. Република сгр. МЦ
Младост Ва
Идент. Ном
Идент. Ном
МОЛ :
IBAN :
Банка :

Място на сделката : Нови пазар

No:	Шифър	Наименование	Мярка	Колич.	Ед.Цена	ТО %	Дан. Осн	ДДС %
1	0280007	ДЕАНКСИТ табл 0.5мг x 100бр Партида : 2724985 Годна до : 31.10.2024	ОП. (= 100 БР.)	0.200	12.333	0	2.467	20.00
2	1033573	НОЛИПРЕЛ ФОРТЕ табл 5мг/1.25мг x 28бр Партида : 698664 Годна до : 30.11.2024	ОП. (= 28 БР.)	1.000	10.610	0	10.610	20.00

			Данъчна основа:		13.07
Нето сума	20.00%	13.07	Начисл. ДДС	20.00%	2.62
Нето сума	9.00%	0.00	Начисл. ДДС	9.00%	0.00
Нето сума	0.00%	0.00	Начисл. ДДС	0.00%	0.00
			Обща стойност:		15.69

Словом : петнадесет лева и 69ст.

Основание за неначисляване на ДДС:

Начин на плащане : В брой

Стоката е получена от К Ю А на дата : .....

Пълномощно No : ..... от ..... паспортни данни : .....

Получил :

Подпис : _____
/...../

Съставил : λ

Подпис

Методиева/
Марешки"
...06.2021г.
...Ботев" 22 ...../
...и пазар

Проверил : _____
/...../

Касиер : _____
/.....

Софтуерна къща 'CLICK' - София тел. 02 / 831 90 37, 02 / 832 70 34

CLICK - София ОРИГИНАЛ Нови Пазар 3

ФАКТУРА

Номер: 8840002244 Дата на издаване: 04.07.2022 стр. 1

Дата на данъчното събитие: 04.07.2022

Получател : К Ю
Адрес:
Идент.
Идент.
МОЛ :
IBAN :
Банка

Доставчик : НОВА МЕД 2014 ООД
Адрес:р-н Младост бул. Република сгр. МЦ
Младост Варна
Идент. Ном.-ДД
Идент. Ном. :
МОЛ :
IBAN :
Банка :

Място на сделката : Нови пазар

No:	Шифър	Наименование	Мярка	Колич.	Ед.Цена	ТО %	Дан. Осн	ДДС %
1	0000559	ХИПОДЕХИДРА табл 25мг х 30бр Партида : 210905@└99 Годна до : 31.08.2024	ОП. (= 30 БР.)	1.000	3.308	0	3.308	20.00
2	CF109	ВЕРАПАМИЛ филм табл 80мг х 50бр Партида : 4031020@└99 Годна до : 28.10.2023	ОП. (= 50 БР.)	1.000	2.008	0	2.008	20.00
3	410000088	ТАМСОЛ Ретард капс 0.4мг х 30бр Партида : F19052A@└99 Годна до : 30.09.2024	ОП. (= 30 БР.)	1.000	6.584	0	6.584	20.00

			Данъчна основа:		11.90
Нето сума	20.00%	11.90	Начисл. ДДС	20.00%	2.38
Нето сума	9.00%	0.00	Начисл. ДДС	9.00%	0.00
Нето сума	0.00%	0.00	Начисл. ДДС	0.00%	0.00
			Обща стойност:		14.28

Словом : четиринадесет лева и 28ст.

Основание за неначисляване на ДДС:

Начин на плащане : В брой

Стоката е получена от К Ю А на дата : .....

Пълномощно No : ..... от ..... паспортни данни :

Получил :

Подпис : _____
/...../

Съста

Подпи

Проверил : _____ Касиер : _____
/...../ /.....

тодиева/
"Тарешки"
01.06.2021г.
"Бетен" 22
пазар
...../

Софтуерна къща 'CLICK' - София тел. 02 / 831 90 37, 02 / 832 70 34

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

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ
по осн. чл. 40 ал. 1 от ЗГР - без такса

Изх.№ **СЛУЖЕБНО**
Дата: **07.07.2022 г.**
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: **К Ю А**
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.	Ю М		БАЩА	
2.	А К М		МАЙКА	
3.	Н К		ДЪЩЕРЯ	----------
4.	С К М		ДЪЩЕРЯ	----------
5.	А К М		ДЪЩЕРЯ	----------
6.	К		ДЪЩЕРЯ	----------

Длъжностно лице: **РОСИЦА ГОЧЕВА**
име: собствено фамилно

Подпис и печат:

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ
по чл. 40 ал. 1 от ЗГР - без такса

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Име: Ю
собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
7.	Д Ю А		БРАТ	
8.	С Ю С		СЕСТРА	

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: с

Подпис и печат:

Маринела Петрова
14.07.2022

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Агенция за социално подпомагане

Изх. № 08-00-1084
17.07. 2022 г.

Регистрационен индекс и дата
08-13-69_001/17.07.2022

ДО КМЕТА
НА ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР

На Ваш. Изх. № 08-13-69/12.07.2022 г.

ОТНОСНО: Получени помощи от следните лица: Г Р К И
С Е

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ТАСКОВА,

Информирам Ви, че посочените от Вас лица за периода от 01.06.2021 г. до 30.06.2022 г. са получили следните помощи:

1. Г С Р с ЕГН е получила месечна финансова подкрепа по чл.70 от Закона за хората с увреждания за периода от 01.06.2021 г. до 31.12.2021 г. в размер на 25,83 лв. месечно и за периода от 01.01.2022 г. до 30.06.2022 г. в размер на 28,91 лв. месечно. Съпругът и В В Р с ЕГН също е получил месечна финансова подкрепа по чл.70 от Закона за хората с увреждания за периода от 01.06.2021 г. до 31.12.2021 г. в размер на 92,25 лв. месечно и за периода от 01.01.2022 г. до 30.06.2022 г. в размер на 103,25 лв. месечно.
2. К Ю с ЕГН е получил месечна финансова подкрепа по чл.70 от Закона за хората с увреждания за периода от 01.06.2021 г. до 31.12.2021 г. в размер на 25,83 лв. месечно и за периода от 01.01.2022 г. до 30.06.2022 г. в размер на 28,91 лв. месечно, а през месец юли 2021 г. е получил целева помощ за отопление по Наредба № РД-07-5/16.05.2008 г. в размер на 523,55 лв.

3. С А Е с ЕГН не е подпомагана по никакви нормативни основания.

С уважение,
ВЕСЕЛКА МАРИНОВА
ДИРЕКТОР

Съгласувал:.....
/Данаил Кашмеров/
Начaлник отдел "Социална закрила"
..... Дата: 14.04.2022г.

Изготвил:.....
/Женя Атанасова/
Социален работник ОСЗ
... Дата: 14.04.2022г.