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

Нови пазар
Изх No 08-01-142
20.10. 2022 г
ПК 9900

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-НОВИ ПАЗАР
Вх.№ 00-10241
20.10. 2022 г.
ПК 9900

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за операция на Н М Х

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от Н М Х от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-583/13.07.2022 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за операция.

Н Х пенсионерка, вдовица.

По данни на представената епикриза. на 13.06.2022 г. г-жа Х е постъпила в „МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ - ШУМЕН" АД, гр. Шумен с окончателна диагноза „Счупване на бедрената шийка, закрито" и придружаващи заболявания: „Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна недостатъчност" и „Застойна сърдечна дейност".

Г-жа Х е заплатила 1900,00 лв. за операцията и консумативите.

Назия получава пенсия и добавки в размер 535 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 № 45 от 28.07.2022 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 Н М Х в размер на 633,33 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.

ЗЛАТИНА ТАСКОВА
За Кмет на Община Нови пазар
Съгласно Заповед №375/01.04.2020

Проверил:
Йордан Иванов – *Юрисконсулт „ОС и ПИ"*
Изготвил:
Кати Желева – *мл. експерт „СД"*

Приложение №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ ЗД-583/13.07.2022

Данни на кандидата:

.....

Постоянен адрес: гр./с. ....., **община** .....

Област .....,

ул. .....

Настоящ адрес: гр./с. .....

Област .....,

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

телеф

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:** .....

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		☐ с ТЕЛК, ДЕЛК/НЕЛК	
☐ над 90% с ЧП	☐над 90%	☐ над 90% с ЧП	☐над 90%
☐ от 70 до 89,99%	☐ от 50 до 69,99%	☐ от 70 до 89,99%	☐ 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.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2.				

VI. Декларирам, че съжителствам/ не съжителствам със следните лица:

(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				
3.				

VII. Лица, задължени по закон да осигуряват издръжка (на декларатора):

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.				
2.				

VIII. Декларирам, че доходите на семейството ми/на съжителстващите с мен лица през предходните шест месеца са общо: ..... 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:
.....земеделска земя - 10 дка.....
.....
.....
.....
.....

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: 13.07.2021г. **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

Аз, долуподписан/ият/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: ..... 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

Получател	Н	**Издател**	МБАЛ - Шумен АД
Адрес	Нови пазар, ул.	Адрес	Априлов 63
ИН/ЕГН		ИН/ЕГН	
ИН по ДДС		ИН по ДД	

Фактура

№ **0000140938** от дата **14/06/2022 г.**

№	Наименование на стоките и услугите	Мярка	Количество	Ед. цена	Стойност
1	4034 Проксимален феморален пирон антиротационен със спирала, кос, с 2 дистални застопоряващи винтове О 9/200, спирала L75-115, винтове 25-85 (стъпка 5мм). Канюлиран проксимален феморален пирон с 135 градуса шийно-диафизарен ъгъл. О 9 мм в диафизарната час	бр.	1	1583.33	1583.3

ВСИЧКО (с думи): хиляда деветстотин лв. и 0 ст.	Данъчна основа	**1583.3**
	ДДС 20%	**316.6**
	Обща стойност	**1900.0**

Основание за прилагане:

Дата на данъчното събитие:	**14/06/2022 г.**	**Начин на плащане:**	**В брой**
Място на сделката:	**Шумен**	По IBAN	
Пациент	Н Х	BIC	
ЕГН		При:	
		Съставил:	Мария Кръстева

Подпис	Подпис

ОРИГИНАЛ
ОРИГИНАЛ
ОРИГИНАЛ

„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 Н М К

От Нови пазар , І И.З.№ 7505 / 2022 , по КП 217.1 Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник
постъпил на **13.06.2022 16:00**ч., изписан на **19.06.2022 09:16**ч.

Окончателна диагноза: S72.00 Счупване на бедрената шийка,закрито

Придружаващи заболявания: I11.0 Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна недостатъчност; I50.0 Застойна сърдечна недостатъчност;

Анамнеза: Страданието датира от 13.06.22г. когато при падане си причинява счупване в боласа на дясна ТБС. Приема се за оперативно лечение

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 - десен долн крайник е скъсен и външно ротиран. Палпаторна и споанна болка. С-м на закованата пета +. Функцио леза.

Изследвания: 13.06.2022г. Антигенен тест за Covid-19 № Z 275 : (-) отр.; 13.06.2022 Креатинин - 79.0 ; WBC - 9.93 ; RBC - 4.69 ; HGB - 135.0 ; HCT - 0.399 ; MCV - 85.1 ; MCH - 28.8 ; MCHC - 338.0 ; PLT - 527.0 ; RDW-CV - 13.9 ; MPV - 9.9 ; IG # - 0.02 ; NEUT # - 6.25 ; LYMPH # - 3.0 ; MONO # - 0.63 ; EO # - 0.04 ; BASO # - 0.01 ; IG % - 0.2 ; NEUT % - 63.0 ; LYMPH % - 30.2 ; MONO% - 6.3 ; EO % - 0.4 ; BASO % - 0.1 ; NRBC # - 0.0 ; NRBC % - 0.0 ; Глюкоза - 10.3 ; Урея - 7.7 ; Протромбиново време, % - 98.2 ; Протромбиново време, INR - 1.03 ; aPTT - 28.9 ; Фибриноген F-I - 3.45 ; Билирубин-общ - 9.2 ; Билирубин-директен - 1.1 ; Общ белтък - серум - 64.0 ; Аспартат аминотрансфераза (ASAT) - серум - 18.0 ; Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 14.0 ; 14.06.2022 Кръвна захар - 6:00ч - 5.89 ; Време кървене - 120 ; Време съсирване - 260 ; WBC - 7.86 ; RBC - 4.25 ; HGB - 122.0 ; HCT - 0.367 ; MCV - 86.4 ; MCH - 28.7 ; MCHC - 332.0 ; PLT - 410.0 ; RDW-CV - 14.2 ; MPV - 10.6 ; IG # - 0.03 ; NEUT # - 4.46 ; LYMPH # - 2.48 ; MONO # - 0.84 ; EO # - 0.06 ; BASO # - 0.02 ; IG % - 0.4 ; NEUT % - 56.6 ; LYMPH % - 31.6 ; MONO% - 10.7 ; EO % - 0.8 ; BASO % - 0.3 ; NRBC # - 0.0 ; NRBC % - 0.0 ; pH - урина - 5.5 ; Белтък - урина - Neg ; Билирубин - урина - Neg ; Кетотела - урина - Neg ; Кръв в урина - тест лента - Neg ; Глюкоза - урина - тест-лента - Neg ; Левкоцити - урина - тест-лента - 3+ ; Нитрити - урина - Neg ; Уробилиноген - урина - Normal ; Специфично тегло - урина - 1.025 ; Седиментно-ориентировъчно изследване - 20/22 левк. ; 15.06.2022 WBC - 6.27 ; RBC - 4.0 ; HGB - 116.0 ; HCT - 0.352 ; MCV - 88.0 ; MCH - 29.0 ; MCHC - 330.0 ; PLT - 430.0 ; RDW-CV - 14.4 ; MPV - 10.8 ; IG # - 0.02 ; NEUT # - 3.67 ; LYMPH # - 1.61 ; MONO # - 0.89 ; EO # - 0.08 ; BASO # - 0.02 ; IG % - 0.3 ; NEUT % - 58.5 ; LYMPH % - 25.7 ; MONO% - 14.2 ; EO % - 1.3 ; BASO % - 0.3 ; NRBC # - 0.0 ; NRBC % - 0.0 ; 13/06/22 Рентгенография на дясна тазоебдрена става Фрактура на шийката на десен фемур. Фрактура. 14/06/22 Рентгенография на дясна тазобедрена става с кугел Състояние след репозиция. Метална остеосинтеза на бедрената кост. Контрола.

Терапия: Фраксипарин 0,6 х1, Пробитор х1, Аксетин 2х1,5, Вливания 1000 мл., Аналгин амп. пер ос 2х1, Дексофен х1 при н., Атаракс 2х1 при н., ЛФК

Ход на заболяването: пациентката бе лекувана оперативно

Консултативни прегледи: проведени консулти с интернист - Pulmo вез. дишане без хрипове, ЕКГ - ляв позоционен тип, синусов ритъм; анестезиолог - ASA клас III 6т; физиотерапевт - изометрични упражнения и ЛФК

Настъпили усложнения: няма

Операция: Дата: 15/06/22

Извадка от опертивен протокол: 800/15.06.22г. час 11:45 МКБ 79.35 открито наместване на фрактура с вътрешна фиксация, фемур, оператор д-р М. Димитров, асистенти д-р В. Димитров, д-р Д

Димитров - Под обща анестезия след щателно почистване на полето с латерален достъп се достигна до бедрото. Извърши се репозиция на фрактурата. Проксимално под рентгенов контрол в две проекции се постави К-игла в центъра на бедрената шийка. Репозиция на фрактурата. Инсерира се PFN 200 mm, диаметър 9мм. Спирала 95 мм. Заключване на пирона дистално с 2 винта 35мм. Послойно затваряне на раната. Шев на кожа. Стерилна превръзка. Направи се 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: 24.06.2022г. и на 29.06.2022г. Всеки пациент има право на два безплатни контролни прегледа в рамките на 30 календарни дни при необходимост.

Препоръки и назначения: Превръзка на 24.06.2022г. и на 29.06.2022г. сваляне на хирургичните конци, да се придвижва с помощни средства за срок от 180 дни, Контролна рентгенография и контролен преглед с ортопед след 90я ден, Фраксипарин 0,6 / Арикстра 2,5 мг. / Клексан 0,6 или Ксарелто 10 мг. х1 вечер за 30 дни, НотроКлот х1 тб. вечер за 30 дни (след Фраксипарин / Арикстра / Клексан или Ксарелто), Пулсет 40 мг. х1 тб. сутрин за 30 дни, Далацин С 300 мг. 3х1 тб. за 7 дни

Препоръки към ОПЛ: няма

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

Лекуващ лекар: ..... Валентин Димитров

Завеждащ отделение Валентин Димитров

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-288
Дата: 12.07.2022 г.

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Издава се на Н М Х , ЕГН
от ГР. Н. ПАЗАР УЈ в уверение на това, че същата за периода от м. януари 2022 г. до м. юни 2022 г. е получила следните суми от пенсии и добавки (в лева):

Месец	Получена сума общо	Пенсия/ии	Добавка за чужда помощ	Други добавки
01.2022 г.	552.82	387.82	0.00	165.00
02.2022 г.	535.00	370.00	0.00	165.00
03.2022 г.	535.00	370.00	0.00	165.00
04.2022 г.	605.00	370.00	0.00	235.00
05.2022 г.	535.00	370.00	0.00	165.00
06.2022 г.	535.00	370.00	0.00	165.00

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

Удостоверението да послужи пред ОБЩИНА НОВИ ПАЗАР.

Началник на сектор:
МАРГАРИТА КОВАЧЕВА

/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
по чл. 40 ал. 1 от ЗЗЛД - без такса

Изх.№ **СЛУЖЕБНО**
Дата: **13.07.2022 г.**
ден, месец, година

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: **Н** **М** **Х**
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	
6.			СЕСТРА	

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

Длъжностно лице:
име:

Подпис и печат:

https://nrn.grao.bg/udos