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

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ НОВИ ПАЗАР
№ 00-1043
20.10.2022

ОБЩИНА Нови пазар
Изх No 08-01-144
20.10.2022 г
ПК 9900

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

от ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ
Кмет на Община Нови пазар

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ за операция на К Х П

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,
УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

Представям на Вашето внимание Заявление – декларация от К Х Г от гр. Нови пазар, общ. Нови пазар, ул. регистрирано в общинска администрация с вх. № ДР-580/13.07.2022 г. за отпускане на еднократна финансова помощ за операция.

К П пенсионерка, живее заедно със съпруга си П К П , който е работещ, има издадено Експертно решение № 1225/074 от 30.06.2020 г. с водеща диагноза: „Други уточнени полиневропатии" и общо заболяване - „Квадрипериферен полиневропатен синдром".

По данни на представената епикриза. на 09.05.2022 г. г-жа П е постъпила в МБАЛ „Света Анна - Варна" АД, гр. Варна с окончателна диагноза „Спинална стеноза, поясен отдел" и придружаващи заболявания: „Полиневропатия", където след направени изследвания и консулт с доктори е последвало оперативна намеса. На 13.05.2022 г. е извършена фараминотомия Л5 в дясно и ревизиране на Л4-5 дискално пространство, декомпресия с антиадхезивен гел.

Г-жа П е заплатила 1920,00 лв. за операцията и консумативите.

К и съпругът й получават доходи от заплати и пенсии в размер на 1366,75 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 К Г в размер на 640,00 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.

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"*

Мариен
13.07.

Пр ие №1

ДО
КМЕТА
НА ОБЩИНА
НОВИ ПАЗАР

ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ ДР-580/13.07.2022

Данни на кандидата:

Ж ..... 29 ..... Ти .....

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

Обл Шумен....., ... **бл.** .....

ул. ..... пазар....., **община** .....

Нас

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

ул. .....

телефон за връзка: .....

Данни на законния представител на кандидата:

.....

(име, презиме и фамилия)

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

Област .....,

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

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

Област .....,

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

телефон за връзка: .....

УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО КМЕТ,

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: ...Ж... ...Я... .....
(име, презиме, фамилия)

Семейно положение: ...омъжена.....

ЕГН: .....,

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

ЕГН: .....

Постоянен адрес: гр./с. ...Нови пазар..... **община** ...Нови пазар.....

Обла... ...имен..... .....**N** **бл.** ....., **вх** , **ет.** . **ап.** ....

ул. ...., **община** ....

Настоящ адрес: гр./с. .....

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

ул. .....

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.	[illegible]		гр. Варна чужбина	син
2.	[illegible]			син

VI. Декларирам, че съжителствам/ не съжителствам със следните лица:
(вярното се подчертава)

№	Име, презиме, фамилия	ЕГН	Постоянен адрес	Родствена връзка с декларатора
1.	[illegible]		гр. Нови пазар	съпруг
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: ……8200,50…… 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 недвижима собственост и движима собственост:
.....
.....
.....
.....
.....

XI. Декларирам, че **съм/не съм** сключил/а договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане. *(вярното се подчертава)*

XII. Декларирам, че съм/не съм получавал помощи на същото основание от друг орган или друга/и институция. (вярното се подчертава)

Съгласен/а съм Община Нови пазар да съхранява и обработва личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с подадено Заявление-декларация за получаване на еднократна финансова помощ от бюджета на Община нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

При промяна на обстоятелствата и условията, при които подавам настоящето Заявление-декларация до датата на вземане на Решение от Общински съвет-Нови пазар, относно същото, се задължавам в три дневен срок да уведомя Община Нови пазар. ☒ ДА ☐ НЕ

Прилагам следните документи:
1. Експертно решение от ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК/РЕЛК,: ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
2. Епикриза ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
3. Фактури за извършените разходи ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
4. Документи за дохода на членовете на семейството за предходните 6 месеца
☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
5. Разпореждане от НОИ за размера на отпусната/и пенсии ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
6. Декларация за доходите *(ако лицето работи)* ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО
7. Служебна бележка за регистрация в Дирекция „Бюро по труда".
☐ ДА ☐ НЕ ☒ НЕПРИЛОЖИМО

8. Удостоверение за родствени връзки, издадено не по-късно от шестмесечен срок преди датата на подаване на документите. ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

9. Документ удостоверяващ наличие на бедствие, авария или пожар, удостоверено от надлежен орган (лице) ☐ ДА ☐ НЕ ☒ НЕПРИЛОЖИМО

10. Документ за собственост ☒ ДА ☐ НЕ ☐ НЕПРИЛОЖИМО

11. Други *(моля опишете)* .....

.....

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

Дата: 13.07.2022г.
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

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:

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: 13.07.2022 г. Декларатор: .....

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

Получател:		Доставчик:
К XI П гр./с./ Адрес: Идентиф. No ДДС: Идентиф.	**ФАКТУРА** **No 0000047677** **Дата: 16.05.2022** ОРИГИНАЛ	МБАЛ "Св. Анна - Варна" АД гр./с./ Варна

Шифър	Наименование	Мярка	Кол-во	Ед.цена	Стойн
	МЕДИЦИНСКО ИЗДЕЛИЕ СЪГЛАСНО ТАЛОН	бр			

Словом: хиляда деветстотин и двадесет лв.	Данъчна основа: ДДС: 0 % **Сума за плащане в лева:** 1

Основание за неначисляване на ДДС: Чл.39 ЗДДС

Дата на възникване на данъчното събитие: 16.05.2022

Плащане: В брой

Стоката получена от:

Получател: .....

.....

Сребра . Га

нтификационен шифър:

Съгласно чл.7, ал.1 от Закона за счетоводството печатът не е задължителен реквизит на първичните счетоводни документи.

МБАЛ "СВ. АННА ВАРНА" АД
ВАРНА БУЛ. "ЦАР ОСВОБОДИТЕЛ" 100
ЕИК: 000090019
КАСА
ВАРНА БУЛ. "ЦАР ОСВОБОДИТЕЛ" 100

#01 Гаврева 01

ЗНО: 0182 1984 0001 ... 0084
#КЛИНИКА НЕВРОЗИ ЗРЕНИ #
МЕДИЦИНСКО ИЗДЕЛИЕ СЪ 1920.00 Н
ОБЩА СУМА 1920.00
В БРОЙ ЛВ 1920.00

0022857 16.05.2022 08:42:14 1 артикул

BG ФИСКАЛЕН БОН
0182 1984 0282 1984
[illegible]

ТАЛОН ЗА МЕДИЦИНСКО ИЗДЕЛИЕ

Име на пациент : К [redacted]

ЕГН: **ИЗ № 4139**

Вид на медицинското изделие	**Фирма доставчик**	**Цена**
1. HyFence Антиадхезионен гел 5 мл, биосъвместим, биоразградим, биорезорбиращ, непирогенен, прозрачен гел с удължено действие. CHA Meditech, Korea	Глобал медикал	1920 лв.
2.		
3.		
4.		

Лекуващ лекар: Д-р Деян Ханджиев, дм

Началник клиника: Проф. Калевски, дм

Дата: 13.05.2022г.

Варна

добра декомпресия. Антиадхезивен гел. Послойно затваряне на ОП рана.
друга експлорация и декомпресия на спинален канал
ПОСТОПЕРАТИВЕН СТАТУС И ХОД НА ЗАБОЛЯВАНЕТО СЛЕД ОПЕРАЦИЯТА: Гладък ранен постоперативен период. Вертикализация на първи постоперативен ден. Ежедневни превръзки. Заздравяване на оперативната рана без компликации.
СТАТУС ПРИ ИЗПИСВАНЕТО: С подобрение. Стабилизирано соматично и неврологично състояние. Спокойна оперативна рана.
ИЗХОД ОТ ЗАБОЛЯВАНЕТО : с подобрение
ПРЕПОРЪКИ ЗА ХИГИЕННО-ДИЕТИЧЕН РЕЖИМ, НАЗНАЧЕНО МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ ЗА ТАКОВА СЛЕД ИЗПИСВАНЕТО: Дадени указания за ЛОР и амбулаторно лечение.
КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ СЛЕД ИЗПИСВАНЕТО: На 27.05.22, 07.06.22 и 17.06.22
ПРЕПОРЪКИ КЪМ ОПЛ НА ПАЦИЕНТА: Наблюдение от ОПЛ
ОПИСАНИЕ НА СЪПРОВОЖДАЩИТЕ ЕПИКРИЗАТА ИЗСЛЕДВАНИЯ И ДОКУМЕНТИ:
ПОЛУЧИХ 2 БРОЯ ЕПИКРИЗИ!

Подпис.....
(на пациент)

Лекуващ лекар: Д-р Деян Ханджиев, дм

Началник клиника: Проф. д-р Светослав Калевски, дм, дмн

"МБАЛ Шумен" АД - гр. Шумен

наименование на лечебно заведение

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ № 1225 от 074 (зас. №) 300620 (ден, мес., год.)

2711

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

Председател: Д-Р С. ВЪЛКОВА

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

4. 5. 6.

1. На КІ Г ЕГІ

име, презиме, фам

Лична карта № Издадена на от МВР ШУМЕН валидна дс

2. Постоянен адрес: азар - гр. Нови па

обл. общ. гр. (с.), ж.к., бл., вх

3. Настоящ адрес: азар - гр. Нови п

обл. общ. гр. (с.), ж.к., бл., вх., ап., ул., №

4. Трудова заетост: не работи

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

5. Състояние до експертизата: 50% трайно намалена работоспособност

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 2

6. Вид експертиза: преосвидетелстване

1 освидетелстване; 2 преосвидетелстване; 3 частична 4. консултация 1

7. Начин на вземане на решение: По документи

1 по документи; 2 след преглед 1

8. Място на експертиза: ТЕЛК

1 ТЕЛК; 2 дсм; 3 социално заведение 4 др. 6

9. Оценка на работоспособността: 75% трайно намалена работоспособност

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 010622 (ден, мес., год.) за 2 години 2

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.	75.0%	----	----	----	----	----
Дата инв.	17.05.2019	----	----		----	----

10000

13. Водеща диагноза: Други уточнени полиневропатии G62.8

13.1. Общо заболяване: КВАДРИПЕРИФЕРЕН ПОЛИНЕВРОПАТЕН СИНДРОМ. G62.8

13.2. Трудова злополука:

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ гр. Шумен

ВЛЯЗЛО В СИЛА

Дата:

Подпис:

13.3. Професионално заболяване:

14.Военна инвалидност:

15.Противопоказни условия на труд: Вдигане, бутане, пренасяне на тежки товари, екстремни усуквания, неблагоприятни клим.условия.

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

ТЕЛК II СЪСТАВ КЪМ МБАЛ - ШУМЕН АД постановява експертно решение по документи на основание чл.40 ал.1 т.1 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи /ПУОРОМЕРКМЕ/2010г., изменен и допълнен с ДВ бр.84/25.10.2019г., след обсъждане на представената медицинска документация:

В Медицинското експертно досие /МЕД/ са приложени следните документи:
1. Консулт от невролог - 26.06.2020г.
2. Епикриза от ОНБ МБАЛ Шумен - ИЗ № 6483/2020
3. Епикриза от ОФРМ МБАЛ Шумен - ИЗ № 6817/2020
4. ЕМГ - 20.05.2020г.
5. Епикризи от СБАГАЛ "Проф. д-р Д.Стамов" Варна - ИЗ № 5598/2019; 4997/2019

Касае се за 56 годишна жена, преосвидетелства се преди изтичане срока на инвалидност. През едногодишният период двукратно е лекувана в СБАГАЛ за утеровагинален пролапс, направена тотална хистеро- и аднексектомия. Заради болки и скованост в кръста, лумбоишалгичен синдром и болки в гривнени стави с изтръпване на пръстите и слабост на дясната китка, е лекувана в ОНБ и ОФРМ МБАЛ Шумен. От представеният амб.лист № 555/26.06.2020г. от СИМП невролог - персистира болковия синдром в четирите крайника с огнищна симптоматика.

ПМ: ОТС - 25 год. като гравьор. По Заявление-Декларация с рег.№ Ш-Вх-1655 от 03.06.2020г. - не работи. Образование - Средно спец.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:
КВАДРИПЕРИФЕРЕН ПОЛИНЕВРОПАТЕН СИНДРОМ - /G62.8/ - ОПРЕДЕЛЯ ПО Ч.7 Т.3.3 - 75% Т.Н.Р.

СРОК НА ОПРЕДЕЛЕНИЯ % Т.Н.Р. - 2 ГОДИНИ.

ДИ: Установена.

Председа...
Членове:
3 ...
4 ...
5 ...
6 ...

АК/АД
ПОЛУЧИХ ЕР НА ТЕЛК НА: ..... 1 пд. 20
ПОДПИС НА ЛИЦЕТО: .....
УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ:.....
(имена и подпис)

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

МБАЛ "Света Анна - Варна" АД гр.Варна
бул. "Цар Освободител" 100, централа 052/655911, факс 052/648241
Клиника по неврохирургия

ЕПИКРИЗА

ПАСПОРТНА ЧАСТ: Име: К
адрес: Нови пазар у
ИЗ: 4139 по **КП** 212
Дата на приемане: 09.05.2022 09:45ч. **Дата на изписване:** 17.05.2022 10:09ч.

ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА: M48.06 Спинална стеноза, Поясен отдел
ОПЕРАЦИЯ: ОП № 141/13.05.2022г.- Фораминотомия Л5 в дясно.
ОП екип: Д-р Деян Ханджиев, дм, Д-р Радка Генова, Д-р Иван Ангелов
ПРИДРУЖАВАЩИ ЗАБОЛЯВАНИЯ: G62.6- Полиневропатия

АНАМНЕЗА: Анамнезата е снета по данни за болната. От около 2-3 месеца със силни болки в кръста ирадиращи към десен крак. След образна диагностика с данни за фораминална стеноза и дискова херния се приема за лечение в НХК.
ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ С ЛОКАЛЕН И СОМАТИЧЕН СТАТУС: Соматичен статус - в норма за възрастта. ДС - чисто везикуларно дишане без хрипове. ССС - ритмична сърдечна дейност, ясни и чисти тонове. Корем - мек, спокоен, физиологична перситалтика. Крайници - без отоци. Неврологичен статус - Силно изразен вертебрален с-м в поясна област. Анталгична стойка и походка. Л5 коренчев с-м в дясно. ПР - не се установяват. ТР - контролира. Съзнание - съхранено . ГКС - 15т.
ПАРАКЛИНИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ: Sec - 14.9 Sec;% - 99.0 %;INR - 1.05 INR;Глюкоза - серум - 5.4 mmol/l;Креатинин - серум - 58.0 µmol/l;Урея - 4.9 U/l;ACAT - 18.5 U/l;Аланин аминотрансфераза (ALAT) - серум - 23.3 U/l;Общ белтък - серум - 65.9 g/l;Левкоцити (WBC) - 5.3 g/l;Лимфоцити (Lym) # - 1.8 10^9/l;Междинни по обем клетки (Mid) # - 0.3 10^9/l;Гранулоцити (GRA) # - 3.2 10^9/l;Лимфоцити (Lym) % - 34.2 %;Междинни по обем клетки (Mid) % - 7.0 %;Гранулоцити (GRA) % - 58.8 %;Хемоглобин (HGB) - 127.0 g/l;Еритроцити (RBC) - 4.49 T/l;Хематокрит (HCT) - 0.381 l/l;MCV - 84.7 Fl;MCH - 28.3 Pg;MCHC - 334.0 g/l;RDW-CV - 14.1 %;RDW-SD - 60.7 Fl;Тромбоцити (PLT) - 254.0 10^9/l;MPV - 8.8 Fl;PDW a - ;PDW % - ;PCT - 0.22 l/l;P-LCR - 18.3 %;P-LCC - 10^9/l;APTT Sec - 35.6 Sec;APTT Ratio - 1.2 ;Фибриноген F-I - 2.83 g/l;Натрий - 144.89 mmol/l;Калий - 5.1 mmol/l;Хлорид - 107.0 mmol/l;
ТЕРАПЕВТИЧНА СХЕМА: Аналгин 3 х 1; Диклофлекс 2 х 1; Серум физ. 2 х 500сс; Деган х 1 Ланзопрол х 1; Цефазолин 3 х 2г; Урбазон х 40мг; Лидол 2 х 1/2;
АПАРАТНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ: МРТ на Л- отдел (амбулаторно) - Находката отговаря на многоетажна дегенеративна абсолютна централна стеноза на спиналния канал с дискови хернии и протрузии, най-изявени на Л5-Ес1 ниво.
КОНСУЛТАТИВНИ ПРЕГЛЕДИ: 09.05.22 17,00ч. Интернист д-р Йолов - ЕКГ без данни за остър коронарен инцидент. Без противопоказания за оперативно лечение.
ХОД НА ЗАБОЛЯВАНЕТО: Нормална предоперативна подготовка.
На клинично обсъждане се прие плана на оперативно лечение.
НАСТЪПИЛИ УСЛОЖНЕНИЯ: не
ПРОВЕДЕНИ ИНВАЗИВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ: не
ИЗВАДКИ ОТ ОПЕРАТИВНИЯ ПРОТОКОЛ:

Вид анестезия - ЕТА

Интраоперативно – Положение пронация. След рентгенов репераж се направи достъп в стандартен порядък. Направи се фораминотомия Л5 в дясно, установи се тежка фораминална стеноза Медиална фасетектомия. Ревизира се Л4-5 дискално пространство. Щателна хемостаза. Постигна се

СУАБ - СБА Шумен,
П.К., гр.Шумен, Ришки проход № 117
БУЛСТАТ

У Д О С Т О В Е Р Е Н И Е

Настоящото удостоверение се издава на

П [redacted] ЕГН

адрес гр.Нови пазар,ул. [redacted]

в уверение на това, че е получил/а/ доходи както следва:

Календарен месец и година	Брутен доход по ЗДДФЛ	Обезщетения за временна неработоспо-собност и майчинство
1	2	3
01.2022	913.50	0.00
02.2022	893.66	0.00
03.2022	1156.54	0.00
04.2022	930.76	0.00
05.2022	961.34	0.00
06.2022	940.60	0.00
ОБЩО:	5796.40	0.00

Общо доходи: 5796.40

Дата: 12.юли.2022 г.
гр.Шумен

Изготвил:
Ръководител

Обр. УП-8

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ - ШУМЕН

Изх. № 3042-27-289
Дата: 13.07.2022 г.

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Издава се на [redacted] в уверение на това, че от ГР.НОВИ ПАЗАР УЛ.[redacted] 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.	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
04.2022 г.	518.50	388.50	0.00	130.00
05.2022 г.	448.50	388.50	0.00	60.00
06.2022 г.	0.00	0.00	0.00	0.00

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

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

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Настоящото удостоверява, че:

Име: К собствено Х бащино Г фамилно

ЕГН/Дата на ражда

е със семейно положение: ОМ ВЪЖЕНА

Данни за съпруг/а и роднини:

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
1.	П П		СЪПРУГ	---
2.	Х П М		БАЩА	
3.	Т М		МАЙКА	
4.	Х К		СИН	---
5.	К П К		СИН	---
6.	Д Х П		СЕСТРА	---

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

Подпис и печат:

ОБЩИНА ... ЕТ ... АЗАР

https://nrn.grao.bg/udostoverenia/ с код pGpVgDE9J

ЗА СЛУЖЕБНО ПОЛЗВАНЕ

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА СЪПРУГ/А И РОДСТВЕНИ ВРЪЗКИ

Име: собствено бащино фамилно

ЕГН/Дата на раждане: -

№ по ред	Име: собствено,бащино фамилно	ЕГН/ Дата на раждане	Съпруг/а Родство	Дата на смърт
7.	X X Г		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: собствен

Подпис и печат:

ОБЩИНА ... ЕТ ... ПАЗАР