ОБЩИНСКИ СЪВЕТ - КАСПИЧАН

9930, гр.Каспичан, ул."Мадарски конник" № 91, тел/факс 05327/ 47 -15
e-mail: kaspichan_obs@abv.bg

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
п. код 9930 Каспичан
вх.№ и дата ВОС 22
16.01.2017г.
срок за изпълнение

ДО
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
КАСПИЧАН

ДОКЛАДНА ЗАПИСКА

ОТ АНЕЛИЯ РУМЕНОВА АНГЕЛОВА
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ гр.КАСПИЧАН

ОТНОСНО: Отпускане на еднократна финансова помощ на Ангел Стоянов Митов

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА ОБЩИНСКИ СЪВЕТНИЦИ,

В деловодството на Общински съвет Каспичан постъпи молба декларации с вх.№ВОС-8/11.01.2017г; за отпускане на еднократна финансова помощ от Ангел Стоянов Митов от гр.Каспичан,ул."Македония"№ 11, Г-н Митов подава молба декларация за отпускане на еднократна помощ поради здравословни причини- извършена операция в МБАЛ „Д-р Теодоси Витанов"ЕООД гр.Трявна по повод болки ,оток и силно ограничени движения в дясна колянна става. Лицето е заплатило системя за колянно ендопротезиране и осцилиращ резец на стойност 1880.00лв. Лицето се издържа с пенсията,която получава в размер на 365.71лв.
Молбата е подадена с цел финансово подпомагане на лицето за покриване на големия разход, който е непосилен за бюджета на семейството и е осигурен с помощта на близки и роднини.

В изпълнение изискванията по Наредбата за отпускане на еднократни финансови помощи на жители на община Каспичан са извършени справки в Отдел МДТ и Служба по вписвания към РС град Нови пазар.Лицето няма просрочени задължения към Община Каспичан и няма извършени прехвърлителни сделки през последните пет години.

В изпълнение на чл.3,ал.2 от Наредбата за отпускане на еднократни финансови помощи на жители на община Каспичан е инициране свикване на заседание на постоянната комисия по образование,култура,здравеопазване,младежта,спорта и социалните въпроси,което излезе с положително становище за разглеждане в Общински съвет по Протокол №12 от 13.01.2017г.

Във тази връзка и на основание чл.21, ал.1, т.6 от ЗМСМА , предлагам Общински съвет Каспичан да приеме следното

РЕШЕНИЕ:

На основание чл.21,ал.1,т.6 от ЗМСМА Общински съвет Каспичан отпуска еднократна парична помощ в размер на 300.00 лв. на Ангел Стоянов Митов от гр.Каспичан срещу представяне на разходооправдателни документи .

ВНОСИТЕЛ:
АНЕЛИЯ АНГЕЛОВА
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ:

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
КАСПИЧАН

ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
п. код 9930 Каспичан
Индекс и дата ВОС 8
11.01.2017
Срок по жалъбение

М О Л Б А

от Ангел Стоянов Митов,
гр. Каспичан, ул. "Македония" № 11

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,

Моля да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за предстояща втора операция и необходимото лечение след това. За да ми бъде извършена първата операция заплатих ортопедичните импланти , които ми поставиха и всички разходи за следоперативно наблюдение и лечение. Предстои още една операция а към настоящия момент не разполагам с необходимите средства.

Считам, че молбата ми ще бъде уважена.

Дата:28.12.2016г.

С уважение:

"МБАЛ Шумен" АД - гр. Шумен

наименование на лечебното заведение

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ № 0 6 8 3 от 0 5 0 8 2 5 0 5 1 6

ТЕЛК за: ТЕЛК II състав към МБАЛ Шумен - гр. Нови Пазар 2 7 1 1

Председател: Д-Р С. ВЪЛКОВА

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

4. 5. 6.

1. На АНГЕЛ СТОЯНОВ МИТОВ ЕГН 4 5 0 3 0 4 8 7 4 4

(име, презиме, фамилия)

Лична карта №642472759 Издадена на 05.07.2011 от ШУМЕН валидна до Безсрочен

2. Постоянен адрес: Обл.Шумен Общ.Каспичан - гр. Каспичан УЛ."МАКЕДОНИЯ"№ 11 2 7

(област, община, населено място, улица, номер)

3. Настоящ адрес: Обл.Шумен Общ.Каспичан - гр. Каспичан УЛ."МАКЕДОНИЯ"№ 11 2 7

(област, община, населено място, улица, номер)

4. Трудов живот: не работи 3

(работещ, търсещ работа, учащ, пенсионер, неработоспособен, безработен, ученик, студент, в задължителна възраст, в предучилищна възраст, в ЦСРИ, в дневна форма на обучение)

5. Състояние до експертизата: временно неработоспособен до 24.05.2016 год. 2

(неработоспособен, с намалена работоспособност, с намалена работоспособност над 90%, с чужда помощ)

6. Вид експертиза: освидетелстване 1

(първоначална, повторна, контролна, по жалба, по протест, служебна)

7. Повод за извършване на експертизата: След преглед 2

(по документи, след преглед)

8. Място на експертиза: ТЕЛК 1

(в ТЕЛК, в лечебно заведение, на дома)

9. Основна причина за намалена работоспособност: 62% вид и степен на увреждане 7

(заболяване, трудова злополука, професионална болест, общо заболяване, придружаващо заболяване, инвалидност от детството, инвалидност от общо заболяване, инвалидност от трудова злополука, инвалидност от професионална болест)

Обхванати болнични листове:

10. Срок на чуждата помощ: 0 0 0 0 0 0 (ден, месец, год.)

11. Срок на определения % трайно намалена работоспособност / инвалидност и степен на увреждане: 0 0 0 0 0 0 (ден, месец, год.) за пожизнен 4

12. Инвалидност по причина:

	Общо заболяване	Трудова злополука	Професионална болест	Общо заболяване, придружаващо трудова злополука	Детска инвалидност	Гражданска инвалидност	
% по н. реб	62.0%	—	—	—	—	—	
До кога	25.05.2016	—	—		—	—	1 0 0 0 0

13. Водеща диагноза: Първична гонартроза, двустранна M 1 7 . 0

13.1. Общо заболяване: ЕНДОПРОТЕЗА НА ДЯСНА КОЛЯННА СТАВА ПО ПОВОД ГОНАРТРОЗА. ЛЕВОСТРАННА ГОНАРТРОЗА В СРЕДНА СТЕПЕН ДЕСНОСТРАННА КОКСАРТРОЗА В ТЕЖКА СТЕПЕН M 1 7 . 0

13.2. Трудова злополука . . . .

Допълнителен лист № 1 към ЕР № 683/25.05.2016 на АНГЕЛ СТОЯНОВ МИТОВ

13.3. Професионално заболяване

14. Военна инвалидност

15. Противопоказани условия на труд: ТЕЖЪК ФИЗИЧЕСКИ ТРУД, НАТОВАРВАНЕ НА ДОЛНИТЕ КРАЙНИЦИ.

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

Преглед на 25.05.2016 година.
ПМ: ОТС 42 год.като вл.монтьор. Образование основно. На работи от 16.05.2016 година по чл.325 ал.1 т.1 от КТ. Лицето е във временна неработоспособност до 30.04.2016 година. Представено с Протокол на Обща ЛКК "МЦ1-Нови пазар"ООД от 25.04.2016 год. Входени документи в РКМЕ на 26.04.2016 год.

МОТИВИ: ЕНДОПРОТЕЗА НА ДЯСНА КОЛЯННА СТАВА ПО ПОВОД ГОНАРТРОЗА - ПО Ч.1 Р.9 Т.1.1-50%;
ЛЕВОСТРАННА ГОНАРТРОЗА С ОГРАНИЧЕНИЕ НА ПОДВИЖНОСТТА В СРЕДНА СТЕПЕН ЕС 0-20-90 - ПО Ч.1 Р.9 Т.30.2-30%;
ДЕСНОСТРАННА КОКСАРТРОЗА С ОГРАНИЧЕНИЕ НА ДВИЖЕНИЯТА В ТЕЖКА СТЕПЕН ПО Ч.1 Р.9 Т.17.3.1-30%.

ОБЩ ПРОЦЕНТ ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ-62%-/в това число 20% по р.III на Методиката Приложение № 2 към чл.63 ал.3 от НМЕ/.
СРОК НА ОПРЕДЕЛЕНИЯ % ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ - ПОЖИЗНЕН съгласно чл.69 ал.7 от НМЕ.

ДИ: установена на 25.05.2016г.-датата на освидетелстване и след прекратяване на паричното обезщетение за временна неработоспособност, тъй като лицето е в състояние на неработоспособност. Лицето е с ППД от 16.05.2016 год., видно от Заповед № 086 от 14.05.2016 година, считано от 16.05.2016 год.

ТЕЛК МБАЛ Шумен - II състав , нарежда на Обща ЛКК "МЦ1-Нови пазар"ООД да издаде болничен лист за времето от 01.05.2016 до 24.05.2016 год. включително, деня преди датата на освидетелстване по чл.76 т.7 от НМЕ.

АНАМНЕЗА: От 5-6 години с оплаквания от болки в лявото коляно придружени с отск. Преди операцията с по-силни болки в дясно коляно. Болки в двете ТБС, трудно се движи с пом.средства. Преди 5 м. оперирана дясна колянна става, направена алоопластика. Продължава да се оплаква от болки в дясна ТБС, неповлияващи се от НСПВС.

ОБЕКТИВНО: Мъж на възраст отговарища на действ., в средно увр.общо с-ние, кожа и видими лигавици бл.розсеи, главе и шия б.о., без дишане без хрипове, РСД, ФР 72, РР 130/95, корем на нивото на гръдния кош, Ч.дроб и слезка неув., сук.рен отр., долни крайници : Оперативен белег по предна повърхност на дясна колянна става от извършена алопластика. Отск, деформация, силно ограничени и болезнени движения в ТБС. Дясна ТБС S 0-20-90 F 20-0-10 R 15-0-0 ; Лява ТБС S 0-10-90 F 20-0-10 R 15-0-0; Ляво коляно S 0-20-90 ; Дясно коляно S 0-0- 90. На рно графия - алопластика на дясна колянна става.

ПРИЛОЖЕНИЕ: Етапна епикриза от ОПл, Заповед за прекратяване на трудово правоотношение, а-т от

ДЧ/РС

ПОЛУЧИХ ЕР НА ТЕЛК
НА: 01.06.2016
дата, година
ПОДПИС НА ЛИЦЕТО
.....
УПЪЛНОМОЩЕНО
ЛИЦЕ .....
(имена и подпис)

Председател
Членове: 1
2
3
4
5
6

Експертното решение ясно да се обяснено в 14 дневен срок от получаването му пред НЕЗИ в РКМЕ

Допълнителен лист № 2 към ЕР № 683/25.05.2016 на АНГЕЛ СТОЯНОВ МИТОВ
ардиолог Елиниза от МБАЛ гр.Трявна, сад "Графия", Приложил на Общия ПКК "МЦ1-Ноим пазар" ООД-25.04.2016
ЗД, ... от физиотерапевт, коероколии на С.Л.

ДЧ/РС

ПОЛУЧИЛ ЕР НА ТЕЛИ

НА .....

(дата, подпис)

ПОДПИС НА ЛИЦЕТО

.....

(дата)

УПЪЛНОМОЩЕНО

ЛИЦЕ .....

(имена и подпис)

Предсказател: .....

Членове: 1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

5 .....

6 .....

С представителя ... на ... в ... ЕР ... НЗОК ...

МБАЛ "Д-р Теодоси Витанов"ЕООД
гр.Трявна ул."Лясков дял" №1
Отделение по физиотерапия и рехабилитация
Тел.0677/6-21-67 вътр.154

ЕПИКРИЗА

на

1. Паспортна част: Ангел Стоянов Митов - 70 г., ЕГН - 4503048744
адрес - Каспичан , ул. Македония № 11 0897598603
ИЗ № 3242 - постъпил на: 25/11/15г., изписан на:02/12/15г. **Кл. пътека 244, МКБ Z50.8, Z96.6**
2. Окончателна диагноза: Лечение включващо др. видове рехабилитационни процедури.
Наличие на ортопедични имплантати на стави./ Алопластика генус декстра/.
3. Придружаващи заболявания: М.хипертоникус гр.II.ИБС.СН 0.Гонартрозис синистра.Двустранна коксартроза.Състояние след двустранна херниотомия.
4. Анамнеза: Анамнезата е снета по данни на пациента.Постъпва за първи път в отделението за лечение на настоящето заболяване. От около 5-6 год. с оплаквания от болки в областта на КС, придружени с отик и ограничена подвижност.Коленните стави се деформирали във варусна позиция.Затруднила се походката-станала възможна с помощни средства-патерици. Лекуван консервативно с минимален ефект.От направената Ro графия в ООТ гр.Трявна преди оперативното лечение установено,че по очертанията на костите образуващи дясна колянна става-има изщипявания.Еминенция интеркондилярис е изострена.Ставната междина е стеснена.Заключение:Двустранна гонартроза.
След консултация с проф.Аспарухов насочен и проведено оперативно лечение в ООТ гр.Трявна.В момента с оплаквания от болки ,засилващи се при минимални физически усилия и отик в областта на дясна КС и десен долен крайник , силно ограничени движения в дясна КС,невъзможна е походката.С постоянни болки и в областта на лява КС.Насочва се за ФТР лечение след амбулаторен прегред в ПКК на ОФРМ.
Проведени изследвания:Епикриза ООТ гр.Трявна- Др. Гонартрозис декстра .Кондилопластика генус декстра.
Проведено лечение:оперативно на 22.11.2015 г. ,медикаментозно ,ФТР лечение.Нема Рян.В дома и след консултация с кардиолог в ООТ гр.Трявна провежда медикаментозно лечение с Ко Диаприл 10/12,5 мг.по.Коронал 5 мг.по 1 т.сутрин, 1 т.сутрин
С мнение от ООТ гр.Трявна да продължи медикаментозно лечение с Фраксипарин 0,6 мл по 1 фл дн,Дексофен 2х1 т,Анадгин по 1 амп.дн.,Фамотидин 20 мг вечер, Троксерутин за мазане.
Минали заболявания:М.хипертоникус гр.II.ИБС.СН 0.Гонартрозис синистра.Двустранна коксартроза.Състояние след двустранна херниотомия.
Фамилна обремененост:отрича.
Рискови фактори:/професионални,битови,вредни навици-алкохол,тютюно -пушене/Отрича алергии към храни и медикаменти.
5. Обективно състояние с локален, соматичен и специализиран статус: Мъж на видима възраст, отговаряща на календарната. В задоволително общо състояние. Заема активно положение в леглото като види десен долен крайник.Адекватен ,ориентиран за време и мяст-,афебрилен .Нормостенен хабитус.Кожа и видими лигнищи розови.ПЛВ и Щитов. жл. не се палпират увеличени. ДС-Симетричен гр.кош с единично участие на двете гр. подошви в акта на дишането.Пулмо-везикулярно дишане, без прибавени хрипове. ССС - р.с.д., Р-70 /мин, RR- 120/80 .Корем -мек,респираторно подвижен,палпаторно неболезнен.Перистаптика-ефективна.Черен дроб и слезка -неувеличени.Сук. ренализ /-/ двустранно.Крайници -без претибиални отоци.
Локален статус -Презръзна върху спокойна оперативна рана от достъп до дясна КС.Саален дренаж.Палпаторна болка и отик в областта на десен долен крайник .Хипотония на дясна бедрена ,на глутеална и коремна мускулатури. Болезнени и силно ограничени движения в дясна КС. С болка при движение и ограничена подвижност и в областта на лява КС.Походка-невъзможна,не е вертикализиран. Съдов и неврологичен статус на долни крайници- б. о.
Лечебно диагностичен план
Определя се рехабилитационен потенциал като добър въз основа наобективното състояние и на следните диагностични процедури
Диагностични процедури.
93.01Функционална оценка
93.05 Тест ОД
1.Функционална оценка:Силно ограничен функционален капацитет за движение в дясна КС и самообслужване.Локомоторен тест по Мерл Дюбине -Стадий 0 -невъзможна походка, не е вертикализирана.Тест в ДЕЖ –ст 1. /почти напълно зависим /
Оценка на болката - Степен 1 Силна при ходеже и ограничава всяка двигателна активност /по всяко време,но поносима, аналгетици при нужда/. Функция- Степен 1-с помощ.
2.Тест ОД за дясна КС-S.0-0-25
Терапевтични процедури.
Медикаментозно лечение/
Физикална терапия и рехабилитация.

Цел на ФТР-Постигане на максимални функционално инстановиване,подготовка на болния за социално интегриране.

Задачи

1.Съхраняване и увеличаване на ставния двигателен обем в дясна КС,с ранно мобилизиране на оперираната става.

2.Съхраняване и увеличаване на силата на мускулите.

3.Профилактика на усложненията-контрактури,белодробни и тромбоемболични усложнения,мускулна хипотрофия и декубитални рани.4.Стумулиране резорбцията на остатъчния хематом.5.Овладяване на болката.6.Обучение в ДЕЖ. Обучение в предпазване по отношение обема на движение в оперираната става и гравитационното натоварване.7.Вертикализиране с обучение в ходене с патерици с частично натоварване на оперирания крайник.

Средства на ФТР.

93.11 ЛФК-упр.с помощ за дясна КС.

93.12 ЛФК-изометр.упр.за дясна бедрена,за глутеална и коремна мускулатура и акт.упр за неоперираните крайници.

93.19 Обучение в ДЕЖ.

93.24 Тренираме на ходене с патерици –триопорна походка.

6. Параклинични изследвания: не

7. Консултативни прегледи: няма.

8. Терапевтична схема: ЛФК - упр. с помощ за дясна КС; ЛФК - изометрични упр. за дясна бедрена, за глутеална и коремна мускулатура, и акт. упр. за неоперираните крайници; Обучение в ДЕЖ; Тренираме на ходене с патерици - триопорна походка;Фраксипарин х 0,6 мл.;Дексофен 2х1т.;Аналгин х1а.; Фамотидин х 20мг.вечер.;Троксерутин за мазане;Дехидратин Нео 25 мг.по1/2 т. Бизогамма 5 мг.по 1 т.сутрин . Линиприл 10 мг.по 1 т.сутрин.

9. Ход на заболяването: Касае се за пациент постъпил в отделението с оплаквания от болки засилващи се при минимални физически усилия и оток в областта на десен долен крайник,силно ограничени движения в дясна КС, нестабилност при ходене с патерици след ендопротезиране на дясна КС. По време на леч. болковите оплаквания намаляли, увеличи се обемът на движение в дясна КС. Кръвното налягане се движеше в нормални стойности, което не наложи допълнително медикаментозно лечение.

10. Настъпили усложнения: няма.

11. Инвазивни диагностични и терапевтични процедури: няма.

12. Статус при изписването: Афебрилен, болковите оплаквания в областта на дясна КС са намалели,отокът в десен долен крайник е резорбиран частично, увеличи се обемът на движение в дясна КС.С лека хипотония на дясна бедрена, глутеална, и коремна мускулатура, походката е стабилизирана, по-малко болезнена, с 2 опорни средства /патерици/, на по-дълги разстояния. Спокойна постоперативна рана.

93.01 Функционална оценка: С увеличен функц. капацитет за движ. и самообслужване. Тест в ДЕЖ: ст-3/добро самообслужване и независимост-полузависим/; Локомоторен тест: ст-2/с помощно средство се придвижва по гладък терен/; Оценка на болката: ст-2/минимална при покой, умерена при двигателна активност/; Функция: ст-2 /със затруднение; Терапевтичен отговор: ст - 3/с подобрение/.

93.05 Тест ОД: за дясна КС-S:0-0-50

13. Изход от заболяването: С клинично подобрение.

14. Препоръки за ХДР и медикам. леч. след изписването: Дадени указания за спазване на ХДР. Да продължи в дома с показаните физ. упр. Терапия за дома - Ксарелто 10мг х1т. дн. /или Фраксипарин 0,6 мл х1фл. дн/ - за 15 дни; Дексофен х1т. при болка; Фамотидин х 20мг вечер. Ко Линиприл 10/12,5 мг.по.Коренал 5 мг.по 1 т.сутрин. 1 т.сутрин./Дадена рецепта от лек. лекар/.

15. Необходимост от контролни прегледи и бол-та след изписването: на 16/12 /15 г. и на 30/12 /15 г. в ПКК на ОФРМ. **Контролните прегледи са безплатни.**

16. Препоръки към ОПЛ на пациента: Амбулаторно ФТР.При необходимост консулт със съответния специалист.

17. Описание на съпровождащите епикризата документи и изследвания за служебно ползване: описани в епикризата.

18. Издадени болнични листи: Б. л. №Е20140184 840 за 38 дни от 25/11/15г. до 01/01/16г. вкл.

гр. Трявна
дата 02/12 /15 г.

Нач. отделение: д-р Дияна Станева

Лекуващ лекар: д-р Дияна Станева

Изписващ лекар:д-р Дияна Станева

ПОЛУЧАТЕЛ	ДОСТАВЧИК
Име: Ангел Стоянов Митов	**Име:** МБАЛ "Д-р Теодори Витанов" ЕООД
Адрес: гр.Касличан,ул.Македония №11	**Адрес:** гр.Трявна, ул."Лясков дял" №1
М.О.Л.: Ангел Митов	**М.О.Л.:** Д-р Светла Брънекова
ЕИК: 4503048744	**ЕИК:** 107505537
ИН по ДДС:	**ИН по ДДС:**

ФАКТУРА № 0000007919 ОРИГИНАЛ Дата на издаване: 27.11.2015 г.

☐ Кредитно известие ☐ Дебитно известие Към фактура №

Място на сделката: Трявна

№	Код	Наименование	Мярка	Количество	Ед. Цена	Стойност
1	061	Доплащане система за колянно ендопротезиране	бр.	1	1830.0000	1830.00
2	066	Осцилиращ резец	бр	1	50.0000	50.00

Оригинал

Основание:

Словом:
хиляда осемстотин и осемдесет лв. 00 ст.

Стойност на доставката:	1880.00 лв
Необлагаема стойност:	1880.00 лв
Облагаема стойност:	0.00 лв
Данъчна ставка ДДС:	20.00 %
Размер ДДС:	0.00 лв
Сума за плащане:	**1880.00 лв**

Дата на данъчно събитие: 27.11.2015 г.

Ангел Митов

(имя, фамилия на получателя)

Получател:

(подпис)

Плащане: с платежно нареждане

IBAN: BG24STSA93000003722324 **BIC:** STSABGSF

Банка: "ДСК" АД - Трявна

Съставил: Анка Кънева

(имя, фамилия) (подпис и печат)

© "Хрипат" ООД, [illegible]


ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
ЛИЧНА КАРТА
EUROPEAN UNION
REPUBLIC OF BULGARIA
IDENTITY CARD
МИТОВ
МИТОВ
АНГЕЛ
СТОЯНОВ
STOYANOV
4503048744
МЕМ
БЪЛГАРИЯ
642472759


МИТОВ
МАКЕДОНИЯ
09.07.2011
IDBGR6424727590<<<<<<<<<<<<<<<
4503048M6107059BGR4503048744<9
MITOV<<ANGEL<STOYANOV<<<<<<<<<

Приложение 1

ДЕКЛАРАЦИЯ

От Ангел Стрянов Митов

постоянен адрес: град/~~село~~ Каспичан, община Каспичан, кв.....,

ул. Македонец № 11 вх. ....., ет. ....., ап. ....., тел. .....

ДЕКЛАРИРАМ ЧЕ:

I. Няма лица, задължени по закон да ме издържат

ДА има такива лица

НЕ няма такива лица

II. Доходите ми, на семейството ми (на съжителстващите с мен лица) през предходните 6 (шест) месеца са: **ОБЩО** 1680 (лева), **словом** / хиляда шестотин и осемдесет

В това число от:

1. трудова дейност ..... / ..... /лева/

2. дейности в областта на селското, горското и водното стопанство ..... / ..... /лева/

3. продажба и/или замяна на движимо или недвижимо имущество ..... / ..... /лева/

4. продажба на акции, дялове и други участия в търговски дружества и други форми на собственост ..... / ..... /лева/

5. наем, рента и аренда ..... / ..... /лева/

6. авторски и лицензионни възнаграждения ..... / ..... /лева/

7. дивиденти и доходи от дялово участие ..... / ..... /лева/

8. премии и награди от спортни състезания ..... / ..... /лева/

9. обезщетения и помощи ..... 9 лв ..... /лева/

10. пенсии (без добавката за чужда помощ на инвалидите с определена чужда помощ на ветераните, доброволците и по- страдалите в Отечествената война; на навършилите 75- или 80-годишна възраст; еднократните компенсации към пенсиите или извънредните пенсии) ..... 271 ..... (лева)

12. месечни помощи по Закона за семейни помощи за деца ..... / ..... /лева/

13. присъдени издръжки ..... / ..... /лева/

14 други доходи ..... / ..... /лева/

III. Вземания, влогове, дялови участия и ценни книжа - общо: ..... / ..... /лева/

IV. Обитавано жилище: Състои се от ..... 3 ..... стан (без преходен хол, кухня и сервизни помещения). Собственост на:

Собствено..... ДА НЕ съсобствено(ползвател)...ДА НЕ

държавно (ведомствено)....ДА НЕ общинско.....ДА НЕ

не притежавам.....ДА НЕ

То е единствено за моето семейство: ..... ДА НЕ

V. Аз и членовете на семейството ми притежавам(е) следната друга недвижима и движима собственост:

жилищен имот.....ДА брой ..... НЕ вилен имот....ДА брой ..... НЕ

земеделска земя....ДА брой ..... НЕ движима собственост....ДА брой ..... НЕ

други имоти - .....

VI. Аз и членовете на семейството ми не съм (сме) извършили прехвърляне срещу заплащане (продажба) на жилищен или вилен имот и/или идеални части от тях през последните 5 години прехвърлял съм (сме)

не съм (сме)прехвърлял

Аз и членовете на семейството ми не съм (сме) извършили прехвърляне чрез договор за дарение собствеността жилищен или вилен имот или идеални части от тях през последните 5 години.

прехвърлял съм (сме)

не съм (сме)прехвърлял

Не съм регистриран като ЕТ и не съм собственик на капитала на търговско дружество.

Регистриран съм

Не съм регистриран

VII. Декларирам че не съм (сме) сключвал (и) договор за предоставяне на собственост срещу задължение за издръжка и/или гледане.

Сключил съм

Не съм сключил

VII. На мен и членовете на семейството ми през последните 3 години не са налагани санкции по Закона за облагане доходите на физическите лица

налагани са

не са налагани

XIV. Декларирам, че аз и членовете на семейството ми не сме пътували зад граница на собствени разноски през последните же 12 месеца:

Пътували сме

Не сме пътували

VIII. Давам(е) съгласието си размерът на отпуснатата помощ да бъде обявен на видно място

.....ДА НЕ

Известно ми (ни) е, че за вписването на неверни данни в тази декларация, освен наказателна и гражданска отговорност, която нося получената неправомерно помощ подлежи на връщане с лихвата, определена за държавните вземания.

Дата: 28.12.16г. Декларатор: .....

град Каспичан (подпис)