



ОБЩИНА АПРИЛЦИ



ОБЩИНА АПРИЛЦИ

ДО Изк. № 693/23.05.25
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР. АПРИЛЦИ

Р Б
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
№ 27-217
23.05.2025г.
гр. Априлци

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

ОТ

ИНЖ. ТИХОМИР МИХАЙЛОВ КУКЕНСКИ – КМЕТ НА ОБЩИНА АПРИЛЦИ

Относно: Заявление с вх. № 669/22.05.2025 г. от Диана Христова Петрова за отпускане на еднократна финансова помощ за новородено дете.

Уважаеми общински съветници,

Предлагам на Вашето внимание следния проект за решение:

На основание чл. 21, ал.1, т. 23 от ЗМСМА, чл. 5, ал. 1, т. 1 от Правилник за отпускане на еднократни финансови помощи на жители на Община Априлци, приет с Решение № 246 от 27.06.2013 г., изменен и допълнен с Решение № 208 от Протокол № 24/30.01.2025 г. на Общински съвет Априлци

Общински съвет - Априлци

РЕШИ:

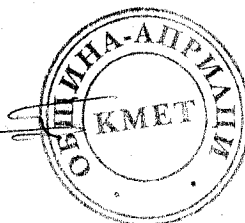
Да бъде отпусната еднократна финансова помощ за новородено дете в размер на 500 /петстотин/ лева на Диана Христова Петрова.

Приложение:

1. Заявление с вх. № 669/22.05.2025 г.
2. Критерии за отпускане на еднократна финансова помощ за новородено дете.

ИНЖ. ТИХОМИР КУКЕНСКИ

Кмет на Община Априлци



Изготвил: Ваня Иванова
Секретар на Община Априлци

Критерии за отпускане на еднократна финансова помощ за новородено дете, приети с Правилник за отпускане на еднократни финансови помощи на жители на Община Априлци:

1. Поне един от родителите/осиновителите да е с постоянен адрес в Община Априлци най- малко 1 /една/ година, считано от датата на раждане на детето;
2. Поне един от родителите/осиновителите да е с настоящ адрес в Община Априлци най - малко 6 /шест/ месеца, считано от датата на раждане на детето;
3. Дватама родители/осиновители да нямат непогасени финансови задължения към Община Априлци;
4. Детето да е записано в регистъра на община Априлци.
5. Кандидатстването да става не по – късно от три месеца след раждането/осиновяването на детето.

Критерии на които лицето Диана У [REDACTED] Петрова, подава заявление за отпускане на еднократна финансова помощ за новородено дете с вх. № 669/22.05.2025 г. отговаря/не отговаря:

1. Поне един от родителите/осиновители да е с постоянен адрес в Община Априлци най- малко 1 /една/ година, считано от датата на раждане на детето - **отговаря**
2. Поне един от родителите/осиновители да е с настоящ адрес в Община Априлци най - малко 6 /шест/ месеца, считано от датата на раждане на детето – **отговаря**
3. Дватама родители/осиновители да нямат непогасени финансови задължения към Община Априлци - **отговаря**
4. Детето да е записано в регистъра на община Априлци – **отговаря**
5. Кандидатстването да става не по – късно от три месеца след раждането/осиновяването на детето - **отговаря**

ЗАЯВЛЕНИЕ

От Диана Ив. Димитрова ЕГН. [redacted]
/име, презиме, фамилия/
Постоянен адрес : гр./с. Априлци Община Априлци Област Ловеч
Ул. [redacted] № [redacted]
Настоящ адрес : гр./с. [redacted] Община [redacted] Област [redacted]
Ул. [redacted]

Данни за вторият член на семейството/ попълва се при необходимост/

.....
/име, презиме, фамилия/
ЕГН....., притежаващ л.к. №....., издадена от
МВР....., наГ.
Постоянен адрес : гр./с..... Община....., Област.....
ул.....
Настоящ адрес : гр./с..... Община....., Област.....
ул.....

Моля да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за
за новородено дете
.....
/посочва се причината и/или нуждата поради която се иска финансовата помощ/
в размер на/...../ лева.

Прилагам следните документи:

1. Удостоверение за раждане № 5672250686
2. Копие на лична карта
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

Дата:.....
Гр./с. Априлци

Суважени [redacted]
/подпис/

ДЕКЛАРАЦИЯ

От. Анастасия Христова Гейрова, ЕГН. 7600000000
/ име, презиме ,фамилия/

От....., ЕГН.....
/ име, презиме ,фамилия/

ДЕКЛАРИРАМ:

- не мога да заплатя лечението си и лечението ми не е заплатено по клинична пътека на здравноосигурителната каса.
- че лечението ми не е планирано.
- че нямам непогасени финансови задължения към Община Априлци.

че семейството ми се състои от:

1....., ЕГН.....

2....., ЕГН.....

3....., ЕГН.....

Забележка: Вярното се маркира с кръстче.

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

Дата:.....

гр. Априлци

Декларатор/и

1. [Signature]
/подпис/

2.
/подпис/



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Населено място / район град ПЛЕВЕН
Община ПЛЕВЕН
Област ПЛЕВЕН

Оригинал
№ 5672250686

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА РАЖДАНЕ

Име: **MATEO** [REDACTED] ПЛЕВЕН
собствено, бащино, д

Дата на раждане: **28.04.2025** г.
ден, месец, година

Двадесет и осми април две хиляди двадесет и пета година
с думи

Място на раждане: град ПЛЕВЕН, ПЛЕВЕН
населено място или бържавен, община

ПЛЕВЕН
Област

Пол: **МЪЖКИ**

ЕГН: **2** [REDACTED] **009** Гражданство: **БЪЛГАРИЯ**

Майка: **ИАНА ХРИ** [REDACTED] **А ПЕТРОВА**
собствено, бащино, фам.

ЕГН / Дата на раждане: **760** [REDACTED] **19**

Баща: *****
собствено, бащино, фам.

ЕГН / Дата на раждане: *****

Удостоверението е издадено въз основа на

акт за раждане № **0686** от дата: **30.04.2025** г.,
ден, месец, година

съставен в: град ПЛЕВЕН, ПЛЕВЕН
населено място / район, община

ПЛЕВЕН
Област

Дата на издаване: **30.04.2025** г.
ден, месец, година

Длъжностно лице по гражданско състояние:

Име: **СИМЕОНКА ЖЕКОВА**
собствено и фам.



