



ОБЩИНА АПРИЛЦИ



ОБЩИНА АПРИЛЦИ

ДО *Вх.№ 1125/03.09.25*
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР. АПРИЛЦИ

Р Б
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
№ *277-258*
03.09.2025
гр. Априлци

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

ОТ

ИНЖ. ТИХОМИР МИХАЙЛОВ КУКЕНСКИ – КМЕТ НА ОБЩИНА АПРИЛЦИ

Относно: Заявление с вх. № 1121/02.09.2025 г. от Зорница Альошева Момчилова 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

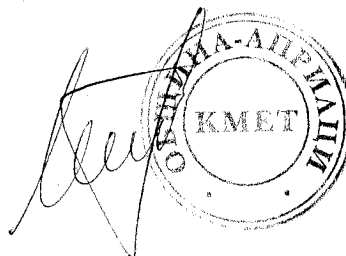
РЕШИ:

Да бъде отпусната еднократна финансова помощ за новородено дете в размер на 500 /петстотин/ лева на Зорница Альошева Момчилова.

Приложение:

1. Заявление с вх. № 1121/02.09.2025 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. Двата 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 Зорница Альошева Момчилова, подала заявление за отпускане на еднократна финансова помощ за новородено дете с вх. № 1121/02.09.2025 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. Двата 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**

ОБЩИНА АПРИЛЦИ
Бж.№ 1121/02.09.25

ЗАЯВЛЕНИЕ

Р. Иванова
/уф

От Зорница Анастасова Момчилова ЕГН 9406243077
/име, презиме, фамилия/

Постоянен адрес : гр.с. Априлци Община Априлци Област Ловеч
Ул. Девети май № 4

Настоящ адрес : гр.с. Априлци Община Априлци Област Ловеч
Ул. Девети май № 4

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
новороденото дете

/посочва се причината и/или нуждата поради която се иска финансовата помощ/
в размер на/...../ лева.

Прилагам следните документи:

1. акт за рождение
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

Дата: 02.09.2025г.
Гр.с. Априлци

С уважение:
/подпис/

ДЕКЛАРАЦИЯ

от Зорница Антошева Момчилова, ЕГН 9406243077
/ име, презиме, фамилия/

от Борислав Пенев Иванов, ЕГН 9003163029
/ 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. Зорница Антошева Момчилова, ЕГН 9406243077
2. Борислав Пенев Иванов, ЕГН 9003163029
3. Владимир Бориславов Иванов, ЕГН 1848232189
4. Александра Бориславовна Иванова, 2548224092


Забележка: Вярното се маркира с кръстче.

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


Дата: 02.09.2025г.

гр. Априлци

Декларатор/и:

1. 

/подпис/

2. 

/подпис/



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Населено място / район град ПЛЕВЕН

Община ПЛЕВЕН

Област ПЛЕВЕН

Оригинал

№ 5672251542

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА РАЖДАНЕ

Име: **АЛЕКСАНДРА БОРИСЛАВОВА ИВАНОВА**

собствено, бащино, фамилно

Дата на раждане: **22.08.2025 г.**

ден, месец, година

Двадесет и втори август две хиляди двадесет и пета година

с думи

Място на раждане: **град ПЛЕВЕН, ПЛЕВЕН**

населено място или държава, община

ПЛЕВЕН

Област

Пол: **Женски**

ЕГН: **2548224097** Гражданство: **БЪЛГАРИЯ**

Майка: **ЗОРНИЦА АЛЪШЕВА МОМЧИЛОВА**

собствено, бащино, фамилно

ЕГН / Дата на раждане: **9406243077**

Баща: **БОРИСЛАВ ПЕНЧЕВ ИВАНОВ**

собствено, бащино, фамилно

ЕГН / Дата на раждане: **9003163029**

Удостоверението е издадено въз основа на

акт за раждане № **1542**

от дата: **26.08.2025 г.**,

ден, месец, година

съставен в: **град ПЛЕВЕН, ПЛЕВЕН**

населено място / район, община

ПЛЕВЕН

Област

Дата на издаване: **26.08.2025 г.**

ден, месец, година

Длъжностно лице по гражданско състояние:

Име: **НЕЛИ АЛЕКСАНДРОВА**

собствено и фамилно



Документът е отпечатан с ПП "Актопис"

