



ОБЩИНА АПРИЛЦИ



ОБЩИНА АПРИЛЦИ
Изх. № 1519 / 10.11.25

ДО
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР. АПРИЛЦИ

Р Б
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
№ 27-304
10.11.2025 г.
гр. Априлци

ПРЕДЛОЖЕНИЕ

ОТ

ИНЖ. ТИХОМИР МИХАЙЛОВ КУКЕНСКИ – КМЕТ НА ОБЩИНА АПРИЛЦИ

Относно: Заявление с вх. № 1474/10.11.2025 г. от Елина Иванова Панескова 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 Елина Иванова Панескова.

Приложение:

1. Заявление с вх. № 1474/10.11.2025 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. Двамата 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 Елина [REDACTED] Панескова, подала заявление за отпускане на еднократна финансова помощ за новородено дете с вх. № 1474/10.11.2025 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. Двамата 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
Вх. № 1474/10.11.25

ЗАЯВЛЕНИЕ

Б. Иванова

От: Елена [REDACTED] Панескова ЕГН: 9801 [REDACTED] 13
/име, презиме, фамилия/
Постоянен адрес: гр.с. Ловеч Община Ловеч Област Ловеч
Ул. Ф.к. [REDACTED]
Настоящ адрес: гр.с. Априлци Община Априлци Област Ловеч
Ул. [REDACTED]

Данни за вторият член на семейството/ попълва се при необходимост/
Георги [REDACTED] Георгиев
/име, презиме, фамилия/

ЕГН: 8 [REDACTED], притежаваш л.к. № A [REDACTED] 28, издадена от
МВР Ловеч, на 11.10.24 г.
Постоянен адрес: гр.с. Априлци Община Априлци Област Ловеч
ул. [REDACTED]
Настоящ адрес: гр.с. Априлци Община Априлци Област Ловеч
ул. [REDACTED]

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

Прилагам следните документи:

1. копие от МК
2. копие от РК
3. акт за раждане (копие)
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Дата: 10.11.25г.
Гр.с. Априлци

Суважен [REDACTED]
/подпис/

ДЕКЛАРАЦИЯ

От Елена [REDACTED] Панескова, ЕГН. [REDACTED]
/име, презиме, фамилия/

От Георги [REDACTED] Георгиев, ЕГН. [REDACTED]
/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. Георги [REDACTED] Георгиев, ЕГН. [REDACTED]
2. Елена [REDACTED] Панескова, ЕГН. [REDACTED]
3. Матей [REDACTED] М [REDACTED], ЕГН. [REDACTED]

Забележка: Вярното се маркира с кръстче.

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

Дата: 10.11.2021

гр. Априлци

Декларатори:

1. [REDACTED]
/подпис/
2. [REDACTED]
/подпис/



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Населено място / район
Община
Област

град ТРОЯН
ТРОЯН
ЛОВЕЧ

Оригинал
№ 0000250217

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА РАЖДАНЕ

Име: **ВЕЛИН** **ГЕОРГИЕВ** **МАРИНОВ**
собствено, бащино, фамилно

Дата на раждане: **31.10.2025** г.
ден, месец, година

Тридесет и първи октомври две хиляди двадесет и пета година
с думи

Място на раждане: **град ТРОЯН, ТРОЯН**
населено място или сурталево, община

ЛОВЕЧ
Област

Пол: **Мъжки**

ЕГН: **20113024** Гражданство: **БЪЛГАРИЯ**
Личен

Майка: **ЕЛИНА** **БЕЛАНОВА** **ПАНЕСКОВА**
собствено, бащино, фамилно

ЕГН / Дата на раждане: **98011913**

Баща: **ГЕОРГИ** **МАРИНОВ** **ГЕОРГИЕВ**
собствено, бащино, фамилно

ЕГН / Дата на раждане: **86013042**

Удостоверението е издадено въз основа на

акт за раждане № **0217** от дата: **03.11.2025** г.,
ден, месец, година

съставен в: **град ТРОЯН, ТРОЯН**
населено място / район, община

ЛОВЕЧ
Област

Дата на издаване: **03.11.2025** г.
ден, месец, година

Длъжностно лице по гражданско състояние:

Име: **ДЕСИСЛАВА СИМЕОНОВА**
собствено и фамилно



