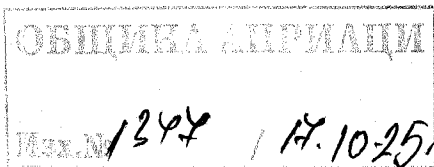




ДО
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
ГР. АПРИЛЦИ

Р Б
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ
№ D17-294
17.10.2025
гр. Априлци



ПРЕДЛОЖЕНИЕ

ОТ

ИНЖ. ТИХОМИР МИХАЙЛОВ КУКЕНСКИ – КМЕТ НА ОБЩИНА АПРИЛЦИ

Относно: Заявление с вх. № 1311/15.10.2025 г. от Петя Иванова Иванова 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 Петя Иванова Иванова.

Приложение:

1. Заявление с вх. № 1311/15.10.2025 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 Петя Иванова Иванова, подава заявление за отпускане на еднократна финансова помощ за новородено дете с вх. № 1311/15.10.2025 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**

В. Иванова

ЗАЯВЛЕНИЕ

Вх.№: 1311 / 15.10.25

От: Тетя Иванова Иванова ЕГН 0050143034
/име, презиме, фамилия/

Постоянен адрес: гр./с. Априлци Община Априлци, Област Ловеч
Ул. Марагуджа №501

Настоящ адрес: гр./с. Априлци Община Априлци, Област Ловеч
Ул. Марагуджа №50

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

Димитър Николаев Ангелов
/име, презиме, фамилия/

ЕГН 0606033022, притежаваш л.к. № AA2444326, издадена от
МВР Ловеч, на 27.09.2024 г.

Постоянен адрес: гр./с. Калеичо Община Трачн, Област Ловеч
ул. Христо Ботев №135

Настоящ адрес: гр./с. Калеичо Община Трачн, Област Ловеч
ул. Христо Ботев №135

Моля да ми бъде отпусната еднократна финансова помощ за
наваредения же сян Симеон Ангелитров Ангелов

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

Прилагам следните документи:

1. Копие от АР
2. д.ор. лични карти
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

Дата: 15.10.2025
Гр./с. Априлци

С уважение: [Signature]
/подпис/

ДЕКЛАРАЦИЯ

От: Тяна Иванова Иванова ЕГН: 0050143034
/име, презиме, фамилия/

От: Димитър Николаев Аменов ЕГН: 9606023022
/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. Симеон Димитров Аменов ЕГН: 2549244009

2. ЕГН:

3. ЕГН:

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: 15.10.2025

гр. Априлци

Декларатори:

1. [Signature]
/подпис/

2. [Signature]
/подпис/



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Населено място / район

Община

Област

град ПЛЕВЕН

ПЛЕВЕН

ПЛЕВЕН

Оригинал

№ 5672251780

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА РАЖДАНЕ

Име: **СИМЕОН ДИМИТРОВ АНГЕЛОВ**

собствено, бащино, фамилно

Дата на раждане: **24.09.2025 г.**

ден, месец, година

Двадесет и четвърти септември две хиляди двадесет и пета година

с думи

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

населено място или държава, община

ПЛЕВЕН

Област

Пол: **Мъжки**

ЕГН: **2549244009**

Гражданство: **БЪЛГАРИЯ**

Майка: **ПЕТЯ ИВАНОВА ИВАНОВА**

собствено, бащино, фамилно

ЕГН / Дата на раждане: **0050143034**

Баща: **ДИМИТЪР НИКОЛАЕВ АНГЕЛОВ**

собствено, бащино, фамилно

ЕГН / Дата на раждане: **9606023022**

Удостоверението е издадено въз основа на

акт за раждане № **1780**

от дата: **26.09.2025 г.,**

ден, месец, година

съставен в: **град ПЛЕВЕН, ПЛЕВЕН**

населено място / район, община

ПЛЕВЕН

област

Дата на издаване: **26.09.2025 г.**

ден, месец, година

Длъжностно лице по гражданско състояние:

Име: **НЕЛИ АЛЕКСАНДРОВА**

собствено и фамилно



Документът е отпечатан с ПП "Актопис"

