

Forma patvirtinta
Lietuvos Respublikos socialinės
apsaugos ir darbo ministro
2009 m. birželio 9 d.
įsakymu Nr. A1-381
4 priedas

SUDERINTA

Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės
2009 m. balandžio 30 d. raštu Nr. SD-591

(savivaldybės pavadinimas, adresas, telefonas, el. paštas)

Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai
A. Vivulskio g. 11, LT-03610 Vilnius

**20 METŲ KETVIRČIO
SOCIALINĖS GLOBOS TEIKIMO ASMENIMS SU SUNKIA NEGALIA ATASKAITA**

Nr. _____
(užpildymo data)

Eil. Nr.	Socialinės globos rūšys	Asmenų skaičius				Išlaidos, Lt
		senatvės pensijos amžių sukakęs asmuo su sunkia negalia	suaugęs asmuo su sunkia negalia	vaikas su sunkia negalia	iš viso (3+4+5)	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Dienos socialinė globa (1 = 1.1 + 1.2):					
1.1.	įstaigose					
1.2.	asmens namuose					
2.	Trumpalaikė socialinė globa (2 = 2.1 + 2.2):					
2.1.	įstaigose					
2.2.	asmens namuose					
3.	Ilgalaikė socialinė globa socialinės globos įstaigose (3 = 3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4):					
3.1.	įstaigose, kurių steigėjas ar dalininkas yra apskrities viršininkas					
3.2.	įstaigose, kurių steigėjas ar dalininkas yra savivaldybė					
3.3.	slaugos (ir palaikomojo gydymo) ligoninės globos skyriuje (įstaigoje)					
3.4.	įstaigose, kurių steigėjas yra visuomeninė organizacija, religinė bendruomenė, privatus asmuo					
4.	IŠ VISO (4 = 1 + 2 + 3)					

(savivaldybės administracijos direktorius arba jo
įgalioto savivaldybės administracijos tarnautojo ar
darbuotojo pareigų pavadinimas)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

vyr. buhalteris (finansininkas)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

(rengėjo pareigų pavadinimas, vardas ir pavardė, telefono Nr., el. paštas)
