

(Paslaugos teikėjo pavadinimas)

(Paslaugos teikėjo kodas, adresas, veiklos vietos adresas, telefono Nr., el. pašto adresas)

(priemonės pavadinimas ir kodas)

Šiaulių miesto savivaldybės administracijos
Socialinių paslaugų skyriui

ATASKAITA APIE SUTEIKTAS AKREDITUOTAS SOCIALINĖS REABILITACIJOS ASMENIMS SU NEGALIA BENDRUOMENĖJE
PASLAUGAS

202__ m. _____ mėnuo
Šiauliai

Nr.	Paslaugos gavėjo vardas, pavardė	Gimimo metai	Faktinis suteiktų paslaugų kartų skaičius per mėnesį	Faktinis suteiktų paslaugų kiekis valandomis per mėnesį	Sprendimo priėmimo skirti paslaugą data ir numeris	Paslaugos nutraukimo data	Pastabos (nurodyti informaciją apie paslaugos gavėjo neįgalumo, darbingumo ar specialiųjų poreikių lygį; išsamią informaciją, pagrindžiančią nelankymo priežastis)
1.							
2.							
....							

Iš viso	Bendras gavėjų skaičius _____
Savivaldybės mokama suma (Eur) už suteiktas paslaugas per mėnesį¹ (<i>apskaičiuojama taip: gavėjų skaičius per mėn. x nustatytas dydis Eur</i>): <i>Ne mažiau kaip 4 kartai per mėnesį:</i> _____ x _____ Eur x 100 proc. = _____ Eur Suma iš viso _____ Eur	
Mokama valstybės biudžeto suma (Eur) už suteiktas paslaugas per mėnesį² (<i>apskaičiuojama taip: gavėjų skaičius per mėn. x nustatytas dydis Eur pagal Socialinės rehabilitacijos asmenims su negalia bendruomenėje finansavimo iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšų tvarkos aprašo 7 p.)</i>): <i>Ne mažiau kaip 4 kartai:</i> _____ x _____ Eur = _____ Eur Suma iš viso _____ Eur	

¹ Vadovaujantis Akredituotos socialinės rehabilitacijos asmenims su negalia bendruomenėje paslaugos finansavimo sutarties (toliau – Sutartis), 4.2 papunkčiu.

² Vadovaujantis Sutarties 4.1 papunkčiu.

Vadovas ar jo įgaliotas asmuo

(parašas)

(vardas ir pavardė)

(rengėjo parašas, vardas ir pavardė, telefono Nr.)