
(paslaugos teikėjo pavadinimas)

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

**AKREDITUOTOS SOCIALINĖS _____ PASLAUGOS GAVĖJŲ, KURIEMS
20.... M. MĖN. SUTEIKTOS PASLAUGOS, ATASKAITA**

Eil. Nr.	Akredituotos socialinės prižiūros paslaugų gavėjo vardas ir pavardė	Paslaugų gavėjo gimimo data	Sprendimo data ir Nr.	Paslaugos kaina už val. / dieną / parą*, Eur	Suteiktų paslaugų skaičius val. /dienų / parų*	Apskaičiuota suma už suteiktas paslaugas (5 skiltis x 6 skiltis), Eur	Asmens mokamos sumos dydis pagal sutartį, Eur	Galimas maksimalus asmens mokamos sumos dydis per mėn. pagal mokėjimo tvarkos aprašą, Eur	Savivaldybės mokama dalys, Eur (iš 7 skilties sumos – 8 skiltyje nurodytą sumą)**	Pastabos (pateikiama informacija apie paslaugos teikimą)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

*Palikti tinkamą variantą.

**Mokamas ne didesnis nei Šiaulių miesto savivaldybės tarybos nustatytas maksimalus išlaidų finansavimo už socialinės prižiūros paslaugas Šiaulių miesto gyventojams dydis (apskaičiuojama proporcingai pagal suteiktas akredituotos socialinės paslaugos valandas).

(įstaigos vadovo pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

(ataskaitą užpildžiusio asmens vardas ir pavardė, telefono Nr., parašas)