Dienos socialinės globos institucijoje skyrimo
tvarkos aprašo
2 priedas

_____
(įstaigos pavadinimas)

Šiaulių miesto savivaldybės administracijai

ATASKAITA APIE 20_____ M. _____MĖN. SUTEIKTAS DIENOS SOCIALINĖS GLOBOS INSTITUCIJOJE PASLAUGAS

_____
(data, numeris)

Eil. Nr.	Dienos socialinę globą gaunančio asmens vardas ir pavardė	Asmens kodas	Sutarties data, Nr.	Dienų skaičius per ataskaitinį laikotarpį*	Kaina per kalendorinį mėnesį Eur	Asmens mokėjimo dydis pagal sutartį Eur	Asmens faktiškai sumokėtos lėšos Eur	Asmens mokėjimo dydžio pokyčiai**	Savivaldybės finansuotinas dydis Eur		Pastabos *(nurodyti asmens mokėjimo dydžio pokyčių priežastis, paslaugos teikimo ne visą mėnesį priežastis (atvykimo, išvykimo, sustabdymo, nutraukimo datos ir kt.)*
									Iš savivaldybės biudžeto	Iš valstybės tikslinės dotacijos lėšų (asmenims su sunkia negalia)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
								Iš viso			

** Pildoma tik tada, kai asmuo gavo paslaugas ne visą mėnesį.*
*** Pildoma tik tada, kai pasikeitė asmens mokėjimo dydis, palyginus su sutartyje nustatytu asmens mokėjimo dydžiu.*

Įstaigos vadovas _____ _____
(parašas) (vardas ir pavardė)

Vyr. buhalteris _____ _____
(parašas) (vardas ir pavardė)

Ataskaitą parengė _____
(rengėjo pareigų pavadinimas, vardas ir pavardė, tel., el. paštas)