

## SOCIALINIŲ PASLAUGŲ PATIKRINIMO AKTAS

20\_\_ m. \_\_\_\_\_ d. Nr. \_\_\_\_\_

Socialinių paslaugų gavėjo vardas, pavardė \_\_\_\_\_

Gyvenamoji vieta \_\_\_\_\_

Data, nuo kada teikiamos socialinės paslaugos (paslaugų pavadinimas) \_\_\_\_\_

Asmens pastabos ar pasiūlymai dėl teikiamų socialinių paslaugų kokybės \_\_\_\_\_

Atsakingo darbuotojo rekomendacijos ir pastabos \_\_\_\_\_

**Šeimos (asmens) bylos ir joje esančių dokumentų patikrinimas** (teikiant socialinių įgūdžių ugdymo ir palaikymo paslaugas, šeimoms patiriančioms rizikas)

| Eil. Nr. | Vertinimo pavadinimas                                                                      | Vertinimas |           |    | Pastabos |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|----|----------|
| 1        | Per paskutinius tris mėnesius apsilankyta šeimose pagal apsilankymo žurnalo registrą kartų |            |           |    |          |
| 2        | Kiek kartų apsilankoma apklausiamoje šeimoje per mėnesį                                    |            |           |    |          |
|          |                                                                                            | Taip       | Iš dalies | Ne |          |
| 3        | Ar byla suformuota ir vedama teisingai pagal teisės aktų reikalavimus                      |            |           |    |          |
| 4        | Ar byloje yra įsegti darbo su šeima mėnesio aprašymai                                      |            |           |    |          |
| 5        | Ar pasirašytas pildomas susitarimas dėl lėšų paskirstymo                                   |            |           |    |          |

\*Prireikus daromos byloje esančių dokumentų kopijos

Atsakingas specialistas \_\_\_\_\_  
(parašas, vardas ir pavardė)