

(Akredituotos socialinės priežiūros ataskaitos forma)

(paslaugos teikėjo pavadinimas)

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

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

Eil. Nr.	Akredituotos socialinės priežiūros paslaugų gavėjo vardas ir pavardė	Gimimo data	Sprendimo data ir Nr.	Paslaugos kaina per dieną / parą / val.*	Suteiktų paslaugų skaičius dienų / parų / val.*	Apskaičiuota suma už suteiktas paslaugas (3x4)	Asmens mokėjimo dydis pagal sutartį, Eur	Savivaldybės mokama dalis Eur (iš 5 skilties sumos – 6 skiltyje nurodytą sumą)**	Pastabos (pateikiama informacija apie paslaugos teikimą)
1	2	3	4	3	4	5	6	7	8

*- palikti tinkamą variantą

** - mokamas ne didesnis nei Šiaulių miesto savivaldybės tarybos nustatytas maksimalus išlaidų finansavimo už socialinės priežiūros paslaugas Šiaulių miesto gyventojams dydis (apskaičiuojama proporcingai pagal suteiktas socialinės priežiūros paslaugas valandas)

(įstaigos vadovo pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

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