

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)