SP-9 forma patvirtinta Lietuvos Respublikos
socialinės apsaugos ir darbo ministro
2005 m. birželio 27 d. įsakymu Nr. A1-183

_____
(savivaldybės administracijos įgaliotas asmuo)

SPRENDIMAS DĖL SOCIALINIŲ PASLAUGŲ IR SPECIALIOSIOS PAGALBOS PRIEMONIŲ ASMENIUI SKYRIMO

20___ m. _____d. Nr. _____

_____
(sudarymo vieta)

Vadovaujantis 20___ m. _____ d. _____
_____
(įrašyti: įvertinus socialinių paslaugų poreikį; įvertinus specialiosios pagalbos priemonių poreikį)
_____,
(vardas ir pavardė, asmens kodas, gyvenamoji vieta)
skirti šias socialines paslaugas ar specialiosios pagalbos priemones:

Paslaugos ar priemonės pavadinimas	Paslaugos teikėjas	
	įstaigos pavadinimas	pavaldumas

Paslaugų teikimo trukmė _____ mėn.

Asmens šeimos nariams skirti šias bendrąsias socialines paslaugas *(nurodykite visus šeimos narius, kuriems skiriamos socialinės paslaugos)*:

Vardas	
Pavardė	
Asmens kodas	
Paslaugos pavadinimas	
Paslaugos teikėjas (įstaigos pavadinimas)	
Paslaugos teikėjas (įstaigos pavaldumas)	

Vardas	
Pavardė	
Asmens kodas	
Paslaugos pavadinimas	
Paslaugos teikėjas (įstaigos pavadinimas)	
Paslaugos teikėjas (įstaigos pavaldumas)	

PASTABOS _____
_____
_____
_____

_____	_____	_____
(asmens, priėmusio sprendimą dėl socialinių paslaugų skyrimo, pareigų pavadinimas)	(parašas)	(vardas ir pavardė)

SUTINKU*

_____
(parašas)

_____
(paslaugų gavėjo vardas ir pavardė)

_____
(data)

_____

* Jeigu paslauga paskiriama vaikui, pasirašo vaiko teisėtas atstovas