PATVIRTINTA
Kauno miesto savivaldybės administracijos direktoriaus
2023 m. kovo 7 d. įsakymu Nr. A-826

(Socialinės reabilitacijos neįgaliesiems bendruomenėje paslaugos teikimo 20..... m. ..... mėn. ataskaitos forma)

SOCIALINES PASLAUGAS TEIKIANTI ĮSTAIGA _____
(įstaigos pavadinimas, įstaigos kodas, adresas)

SOCIALINĖS REABILITACIJOS NEĮGALIESIEMS BENDRUOMENĖJE PASLAUGOS (SRNBP) TEIKIMO 20___M. _____ MĖN. ATASKAITA

20__-__-__ Nr. ____

Lėšas už suteiktą SRNBP pervesti į banko sąskaitą *(įrašyti sąskaitos Nr.)* _____

Eil. Nr.	Asmens vardas ir pavardė	SRNBP gavėjų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes *(įrašyti: vaikas ar darbingo amžiaus asmuo, ar senatvės pensijos amžių sukakęs asmuo)*	Suteikta pagrindinių paslaugų per ataskaitinį laikotarpį *(vienetai)*	Iš jų		Suteikta papildomų paslaugų *(nurodyti paslaugas)*	Mėnesinis paslaugos įkainis vienam asmeniui (Eur)		Iš viso (VB + SB) už suteiktą SRNBP (Eur)
				socialinių ir (ar) kasdienių savarankiško gyvenimo įgūdžių ugdymo paslaugų *(vienetai)*	mokymosi, užimtumo ir (ar) darbinių įgūdžių ugdymo paslaugų *(vienetai)*		Iš valstybės biudžeto (VB)	Iš savivaldybės biudžeto (SB)	
1.									
2.									
3.									

4.									
...									
IŠ VISO									

_____ _____ _____

(įstaigos vadovo ar įgalioto asmens pareigų pavadinimas) *(parašas)* *(vardas, pavardė)*

Ataskaitą parengė _____, tel. Nr. _____, el. p. _____

(vardas, pavardė)

_____