

Dienos socialinės globos skyrimo, teikimo ir
mokėjimo už paslaugą tvarkos aprašo
1 priedas

(įstaigos pavadinimas)

(įstaigos kodas, adresas, tel. Nr., el. pašto adresas)

(banko pavadinimas, atsiskaitomosios sąskaitos numeris)

Šiaulių miesto savivaldybės administracijai

PARAIŠKA
GAUTI LĖŠAS UŽ 20 M. MĖN.
SUTEIKTAS DIENOS SOCIALINĖS GLOBOS PASLAUGAS

(data, numeris)

Eil. Nr.	Dienos socialinę globą gaunantys asmenys	Paslaugą gaunančių asmenų skaičius vnt.	Prašoma suma Eur	
			Iš savivaldybės biudžeto	Iš valstybės tikslinės dotacijos lėšų (asmenims su sunkia negalia)
1.	Su negalia			X
2.	Su sunkia negalia		X	

Iš savivaldybės biudžeto prašoma suma žodžiais

Iš valstybės tikslinės dotacijos lėšų (asmenims su sunkia negalia) prašoma suma žodžiais

(įstaigos vadovas)

(parašas)

(vardas, pavardė)

Paraišką parengė _____

(rengėjo pareigų pavadinimas, vardas ir pavardė, tel., el. paštas)
