Príloha 2

PREŠOVSKÝ SAMOSPRÁVNY KRAJ

ODBOR SOCIÁLNY

# Zoznam prijímateľov, na ktorých PSK poskytuje finančný príspevok

| | |
|---|---|
| ► *Názov poskytovateľa sociálnej služby:* | |
| ► *Názov zariadenia sociálnych služieb (ADRESA):* | |
| ► *Druh sociálnej služby:* | |
| ► *Forma sociálnej služby:* | |
| ► *Registrovaná kapacita :* | |
| ► *Zazmluvnený počet prijímateľov soc. služby:* | |

| P. Č. | Meno a priezvisko prijímateľa | Stupeň odkázanosti FO | Začatie poskytovania sociálnej služby (na základe Žiadosti z PSK) | Ukončenie poskytovania sociálnej služby | 1.Január | | 2.Február | | 3.Marec | | 4.Apríl | | 5.Máj | | 6.Jún | | 7.Júl | | 8.August | | 9.September | | 10.Október | | 11.November | | 12.December | | SPOLU (P+N) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | * P | * N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N | P | N | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPOLU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Poznámka: - údaje sa zapisujú za celý rok, za tieto druhy sociálnych služieb: DOMOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB (TF,CF), ŠPECIALIZOVANÉ ZARIADENIE (TF,CF), ZARIADENIE PODPOROVANÉHO BÝVANIA**

* P - počet dní, ktoré bol prijímateľ sociálnej služby prítomný = maximálny počet dní prítomností musí zodpovedať zmluvnému vzťahu prijímateľa sociálnej služby so zariadením sociálnych služieb

* N - počet dní, ktoré nebol prijímateľ sociálnej služby prítomný ( v prípade ukončenia zmluvy sa prijímateľ sociálnej služby nesmie vykazovať ako neprítomný v zariadení soc. služieb)

**Dátum:**

Vypracoval: (meno, priezvisko, funkcia, podpis)
Tel. kontakt:
Email:

Schválil: (meno, priezvisko, funkcia, podpis, pečiatka)
Tel. kontakt:
Email:

Príloha 2

PREŠOVSKÝ SAMOSPRÁVNY KRAJ
ODBOR SOCIÁLNY

# Zoznam prijímateľov, na ktorých PSK poskytuje finančný príspevok

| | |
|---|---|
| ► *Názov poskytovateľa sociálnej služby:* | |
| ► *Názov zariadenia sociálnych služieb (ADRESA):* | |
| ► *Druh sociálnej služby:* | |
| ► *Forma sociálnej služby:* | |
| ► *Registrovaná kapacita :* | |
| ► *Zazmluvnený počet hodín poskytovania soc. služby v roku 2016:* | |

| P. Č. | Meno a priezvisko prijímateľa sociálnej služby | Číslo Rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu | Dátum nadobudnutia právoplatnosti Rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu | Stupeň odkáza-nosti FO | Začatie poskytovania sociálnej služby (na základe Žiadosti z PSK) | Ukončenie poskytovania sociálnej služby | 1.Január | 2.Február | 3.Marec | 4.Apríl | 5.Máj | 6.Jún | 7.Júl | 8.August | 9.September | 10.Október | 11.November | 12.December | Celkový počet hodín poskytovania sociálnej služby |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | Počet hodín poskyt. soc. služby | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPOLU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Poznámka: - údaje sa zapisujú za celý rok, za tieto druhy sociálnych služieb: DOMOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB (AF), ŠPECIALIZOVANÉ ZARIADENIE (AF), REHABILITAČNÉ STREDISKO (AF)**

**Dátum:**

Vypracoval: (meno, priezvisko, funkcia, podpis)
Tel. kontakt:
Email:

Schválil: (meno, priezvisko, funkcia, podpis, pečiatka)
Tel. kontakt:
Email: