

NÁZOV poskytovateľa sociálnych služieb:	
NÁZOV zariadenia sociálnych služieb (ADRESA):	
DRUH sociálnej služby:	
FORMA sociálnej služby:	
Počet miest zapísaný v registri:	
Zazmluvnený počet prijímateľov sociálnej 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																													

Vypĺňa sa len v prípade, ak neprítomnosť prijímateľa sociálnej služby trvala viac ako 30 po sebe nasledujúcich dní

Vypĺňa sa len v prípade, ak neprítomnosť prijímateľa sociálnej služby trvala viac ako 30 po sebe nasledujúcich dní

POZNÁMKA:
- údaje sa zapisujú za celý rok, za tieto druhy sociálnych služieb: **DOMOV SOCIÁLNYCH SLUŽIEB (TF,CF), ŠPECIALIZOVANÉ ZARIADENIE (TF,CF), ZARIADENIE PODPOROVANÉHO BÝVANIA**
- Pri ukončení zmluvy a obsadení toho istého miesta iným prijímateľom sociálnej služby žiadame uvádzať rovnaké číslo miesta, pričom týchto prijímateľov sociálnej služby žiadame **uvádzať vždy pod seba**
* P - prítomnosť
*N - neprítomnosť

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

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