ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к объявлению

о проведении отбора поставщиков социальных услуг, включенных в реестр поставщиков социальных услуг Хабаровского края, но не участвующих в выполнении государственного задания (заказа) для предоставления субсидии из краевого бюджета

Форма

ПЕРЕЧЕНЬ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ,   
которым оказаны социальные услуги бесплатно либо за частичную плату

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.   
(в стационарной форме, полустационарной форме, социальное обслуживание на дому)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | Ф.И.О. получателя услуг | Адрес, контактный телефон получателя социальных услуг | Дата оформления и номер индивидуальной программы | Дата заключения и номер договора о предоставлении социальных услуг | Наименование социальных услуг | Объем социальных услуг, согласно индивидуальной программы | Фактический объем предоставляемых социальных услуг | Тариф, утвержденный поставщиком социальных услуг, руб. | Тариф, утвержденный для организации социального обслуживания, руб. | Размер платы получателя социальных услуг за отчетный период, руб. |
| **1** | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

МП

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_