Приложение N 2

к Порядку предоставления субсидий из окружного

бюджета поставщикам социальных услуг, которые

включены в реестр поставщиков социальных услуг

Ямало-Ненецкого автономного округа, но не участвуют

в выполнении государственного задания (заказа)

ФОРМЫ ОТЧЕТА

ОТЧЕТ

об оказании социальных услуг в соответствии с индивидуальной

программой предоставления социальных услуг

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование поставщика социальных услуг)

об оказании социальных услуг в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форме

социального обслуживания получателям социальных услуг

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Ф.И.О. получателя услуг | Адрес (место жительства), контактный телефон получателя услуг | Дата оформления и номер индивидуальной программы | Дата заключения и номер договора о предоставлении социальной услуг | Стоимость предоставленных социальных услуг в соответствии с договором и исходя из тарифов, утвержденных поставщиком социальных услуг | Стоимость предоставленных социальных услуг исходя из утвержденных для организации социального обслуживания, находящейся в ведении Ямало-Ненецкого автономного округа, расположенной в муниципальном образовании, в котором находится поставщик | Фактически оплачено получателем социальных услуг | Потребность в субсидии |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | х | х | х |  |  |  |  |

Настоящим подтверждаю достоверность сведений и документов, представленных в составе отчета о предоставлении субсидии из окружного бюджета.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отметка уполномоченного органа о приеме отчета к

(подпись) (расшифровка подписи) рассмотрению

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

МП "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года Отчет проверен, замечаний и предложений нет/

отчет возвращен на доработку и устранение ошибок

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_ (ненужное зачеркнуть)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

ОТЧЕТ

об оказании срочных социальных услуг

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование поставщика социальных услуг)

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Ф.И.О. получателя услуг | Адрес (место жительства), контактный телефон получателя услуг | Дата и номер решения о предоставлении срочных социальных услуг | Стоимость предоставленных срочных социальных услуг исходя из утвержденных тарифов | Стоимость предоставленных срочных социальных услуг исходя из утвержденных для организации социального обслуживания, находящейся в ведении Ямало-Ненецкого автономного округа, расположенной в муниципальном образовании, в котором находится поставщик | Количество оказанных срочных социальных услуг | Потребность в субсидии |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | х | х | х |  |  |  |

Настоящим подтверждаю достоверность сведений и документов, представленных в составе отчета о предоставлении субсидии из окружного бюджета.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отметка уполномоченного органа о приеме отчета к

(подпись) (расшифровка подписи) рассмотрению

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

МП "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года Отчет проверен, замечаний и предложений нет/

отчет возвращен на доработку и устранение ошибок

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_ (ненужное зачеркнуть)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

ОТЧЕТ

об оказании социальных услуг с использованием сертификата

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование поставщика социальных услуг)

за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Ф.И.О. получателя услуг | Адрес (место жительства), контактный телефон получателя услуг по сертификату | Дата оформления и номер сертификата | Дата заключения и номер договора о предоставлении услуг по сертификату | Стоимость сертификата | Количество полных/неполных месяцев | Количество предоставленных социальных услуг | Потребность в субсидии |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | х | х | х |  |  |  |  |

Настоящим подтверждаю достоверность сведений и документов, представленных в составе отчета о предоставлении субсидии из окружного бюджета.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отметка уполномоченного органа о приеме отчета к

(подпись) (расшифровка подписи) рассмотрению

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

МП "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года Отчет проверен, замечаний и предложений нет/

отчет возвращен на доработку и устранение ошибок

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_ (ненужное зачеркнуть)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение N 3

к Порядку предоставления субсидий из окружного

бюджета поставщикам социальных услуг, которые

включены в реестр поставщиков социальных услуг

Ямало-Ненецкого автономного округа, но не участвуют

в выполнении государственного задания (заказа)

ФОРМА ОТЧЕТА

ОТЧЕТ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование поставщика социальных услуг)

Сообщаю, что сумма освоенных средств субсидии, полученных по соглашению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (номер и дата соглашения)

составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей, в т.ч.:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование направления расходов | План (руб.) | Факт | Отклонение (%) | Основание расходов (перечень заверенных поставщиком копий платежных документов: N и дата платежных поручений, счетов, счетов-фактур, накладных, договоров, актов и др.) | Примечание |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
|  | ... |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |

Подпись поставщика социальных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О.)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[*Постановление Правительства ЯНАО от 28.09.2018 N 1007-П "О предоставлении субсидий из окружного бюджета в целях получения компенсации поставщиками социальных услуг, которые включены в реестр поставщиков социальных услуг Ямало-Ненецкого автономного округа, но не участвуют в выполнении государственного задания (заказа), и сертификатов на получение социальных услуг" (вместе с "Порядком предоставления субсидий из окружного бюджета поставщикам социальных услуг, которые включены в реестр поставщиков социальных услуг Ямало-Ненецкого автономного округа, но не участвуют в выполнении государственного задания (заказа)", "Порядком предоставления сертификата на получение социальных услуг") {КонсультантПлюс}*](consultantplus://offline/ref=4949C00BF0593253570CE019B8E0B6DB4A1BDB08056580F0F8C05849B71A92B3750ACBEE5D02D553557714A6639B4C6D358707F914F12685E2FAD8F5F2BB657B09FFL)