Priloga 4

Priloga k zahtevku za kritje stroškov kriznih namestitev

Zahtevek za obdobje:

Naziv izvajalca:
Naslov:
Davčna številka:
Matična številka:
Transakcijski račun:

SKLIC za izplačilo

Odgovorna oseba:
Elektronski naslov:
Telefonska številka:

Število kriznih namestitev	0
Povprečno število dni trajanja krizne namestite na osebo	
Strošek oskrbnin	0,00
Nezasedene posteljnje zmogljivosti	0,00
Skupni znesek stroškov kriznih namestitev:	**0,00**

Zap. št.	Enota izvajalca, v kateri se izvaja krizna namestitev za posamezno osebo	Ime in priimek osebe, ki ji je bila zagotovljena krizna namestitev	Kategorija oskrbe, ki jo je oseba v času krizne namestitve prejela	Datum začetka krizne namestitve	Datum zaključka krizne namestitve	Število dni trajanja krizne namestitve	Znesek oskrbnine za krizno namestitev
		1	2	3	4	5	
1						0	
2						0	
3						0	
4						0	
5						0	
6						0	
7						0	
8						0	
9						0	
10						0	
11						0	
12						0	
13						0	
14						0	
15						0	
16						0	
17						0	
18						0	
19						0	
20						0	
21						0	
22						0	
23						0	
24						0	
25						0	
26						0	
27						0	
28						0	
29						0	
30						0	
31						0	
32						0	
33						0	
34						0	
35						0	
36						0	
37						0	
38						0	
39						0	
40						0	
41						0	
42						0	
43						0	
44						0	
45						0	
46						0	
47						0	
48						0	
49						0	
50						0	