

Konkretizácia jednorazového finančného príspevku

Prijímateľ jednorazového finančného príspevku: **Stredisko Evanjelickej DIAKONIE Horné Saliby  
Domov sociálnych služieb**

## 1. Identifikácia neverejného poskytovateľa sociálnej služby

Obchodné meno/ názov **Stredisko Evanjelickej DIAKONIE Horné Saliby  
Domov sociálnych služieb**  
Adresa 925 03 Horné Saliby 505  
IČO 35595884

### 1.1 Názov zariadenia

**Stredisko Evanjelickej DIAKONIE Horné Saliby  
Domov sociálnych služieb**

Adresa poskytovania sociálnej služby 925 03 Horné Saliby 505

Druh sociálnej služby domov sociálnych služieb

**Forma sociálnej služby** **celoročná**

Suma dotácie na 1 miesto v zariadení v eurách na mesiac **140**

Počet miest v zariadení **20**

Poskytnutá dotácia na 12 mesiacov v eurách **33 600**

***SPOLU za neverejného poskytovateľa:***

***počet miest celoročná pobytová forma: 20***

***počet miest týždenná pobytová forma:***

***počet miest ambulatná forma:***

---

***počet miest spolu 20***

***celková suma na celoročnú pobytovú formu 33 600***

***celková suma na týždennú pobytovú formu 0***

***celková suma na ambulatnú formu 0***

---

***celková poskytnutá suma: 33 600***