

Konkretizácia jednorazového finančného príspevku

Prijímateľ jednorazového finančného príspevku: **Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím**

1. Identifikácia neverejného poskytovateľa sociálnej služby

Obchodné meno/ názov **Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím**
Adresa A. Kmeť'a 2, Michalovce, 071 01
IČO 31301169

1.1 Názov zariadenia **Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím**
Adresa poskytovania sociálnej služby A. Kmeť'a 2, Michalovce, 071 01
Druh sociálnej služby rehabilitačné stredisko
Forma sociálnej služby ambulantná
Suma príspevku na 1 miesto v zariadení v eurách na mesiac **70**
Počet miest v zariadení **5**
Poskytnutý príspevok na 12 mesiacov v eurách **4 200**

SPOLU za neverejného poskytovateľa:

počet miest celoročná pobytová forma:

počet miest týždenná pobytová forma:

počet miest ambulantná forma: **5**

počet miest spolu **5**

celková suma na celoročnú pobytovú formu **0**

celková suma na týždennú pobytovú formu **0**

celková suma na ambulantnú formu **4 200**

celková poskytnutá suma: **4 200**

