

Programa de Discapacidad – Documentación General

PRESUPUESTO

Lugar y fecha de emisión:

Razón social del prestador: _____ CUIL/CUIT: _____

Domicilio de atención: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

Nombre del beneficiario: _____ DNI: _____

Edad _____ Sexo _____

Prestación/especialidad (*completar según nomenclador - mecanismo de integración*): _____

Período y año prestacional: (*completar según nomenclador - mecanismo de integración*): _____

Jornada: Simple/Doble Horario: _____

Dependencia: SI/NO Categoría: A/B/C

Monto mensual: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios (Desde – hasta)						

Firma y sello del responsable de la Institución

CONSENTIMIENTO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI: _____

Firma de beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____

Lugar y fecha de consentimiento: _____