

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

PRESUPUESTO – CONFORMIDAD – FORMULARIO 08

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____ CUIL/CUIT. _____

Domicilio de atención: _____ Localidad _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

Nombre del beneficiario: _____ DNI: _____

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

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

Periodo prestacional (desde mes año – hasta mes año): _____

Jornada: Simple/Doble _____ Horario: _____

Dependencia: SI / NO Categoría: A / B / C

Monto mensual: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

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

Firma y sello del responsable de la Institución

CONFORMIDAD

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

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI: _____

Firma de beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____