

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD -  
PRESTACIONES ASISTENCIALES

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PRESUPUESTO

## DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_ Sexo: F / M

## DATOS DEL PRESTADOR

Categoría (marcar con una cruz el que corresponda):

No convenido

☐

Convenido

☐

N° de convenio: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio real de atención: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ N° de CUIT: \_\_\_\_\_

Condiciones frente a IVA: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: \_\_\_\_\_

Período y año prestacional (indicar año y mes desde – hasta): \_\_\_\_\_

Tipo de Jornada: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Monto mensual: \$ \_\_\_\_\_

## Cronograma de asistencia

| Día                         | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|-----------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Horarios<br>(Desde – hasta) |       |        |           |        |         |        |

Firma y sello del responsable de la institución: \_\_\_\_\_