

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

CRONOGRAMA – FORMULARIO 9

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

Todos los profesionales y/o familiares o la persona con discapacidad deberán completar un **único cronograma** con el total de las prestaciones percibidas.

- A. En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin. Se acuerda que el tiempo establecido por sesión es de 45-60 minutos.
- B. En los ítems DÍAS, la práctica que recibe.

| HORARIO | | DÍAS | | | | | | |
|---------|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Inicio | Fin | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |
| 07:__ | __:__ | | | | | | | |
| 08:__ | __:__ | | | | | | | |
| _09:__: | __:__ | | | | | | | |
| _10:__: | __:__ | | | | | | | |
| 11__: | __:__ | | | | | | | |
| 12__: | __:__ | | | | | | | |
| _13:__: | __:__ | | | | | | | |
| 14__: | __:__ | | | | | | | |
| 15__: | __:__ | | | | | | | |
| 16__: | __:__ | | | | | | | |
| 17__: | __:__ | | | | | | | |
| 18__: | __:__ | | | | | | | |
| 19__: | __:__ | | | | | | | |
| 20__: | __:__ | | | | | | | |
| 21__: | __:__ | | | | | | | |