

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## PRESUPUESTO – CONFORMIDAD – FORMULARIO 5

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_ CUIL/CIUT: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

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

Período y año prestacional: (*desde – hasta – según año calendario*): \_\_\_\_\_

Jornada: Simple  Doble

Monto mensual \$ \_\_\_\_\_ Categoría: A  B  C

## CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
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: \_\_\_\_\_