

## Programa de discapacidad

# Documentación General

### PRESUPUESTO - INTEGRACIÓN ESCOLAR - FORMULARIO 5

A quien corresponda:

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

Les hacemos llegar el siguiente presupuesto.

#### DE

Prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Prestación/especialidad: \_\_\_\_\_

Período prestacional: \_\_\_\_\_

Cantidad de horas semanales: \_\_\_\_\_ Cantidad de horas mensuales: \_\_\_\_\_

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

#### PARA

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino/a ☐ Hijo/a ☐ Otro ☐Indicar género según su DNI: F ☐ M ☐ X (no binario) ☐

#### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (DETALLAR TRATAMIENTO/S Y HORARIOS)

| Tto. \ Días                 | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|-----------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Horarios<br>(Desde - hasta) |       |        |           |        |         |        |

Firma y sello del responsable. Maestra de apoyo y/o 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: \_\_\_\_\_

\*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.