

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

CRONOGRAMA DE PRESTACIONES ESPECIALES – FORMULARIO 09

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:__	__:_							