

Programa de discapacidad Documentación General

PRESUPUESTO - EDUCATIVO TERAPÉUTICAS - FORMULARIO 6

A quien corresponda:

Fecha: ____ / ____ / ____

Les hacemos llegar el siguiente presupuesto.

DE

Prestador: _____

Domicilio de atención: _____

CUIT: _____ Mail: _____

Prestación/especialidad: _____

Período prestacional: _____

Jornada: Simple ☐ Doble ☐ Dependencia: Si ☐ No ☐Monto mensual \$ _____ Categoría: A ☐ B ☐ C ☐

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. \ Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
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: _____

*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.