

Programa de Discapacidad – Documentación General

PRESUPUESTO (Transporte especial)

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Obra social: _____ Género: ☐ F ☐ M ☒ XVoluntario: ☐ Obligatorio: ☐ Obra social (mencionar el nombre de la obra social): _____

DATOS DEL PRESTADOR

No convenido _____ Convenido _____ N° de convenio _____

Apellido y nombre del prestador o Razón Social: _____

Domicilio real de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de CUIT: _____

Condiciones frente a IVA: _____ E-mail: _____

RECORRIDOS DEL TRANSPORTE

Dependencia (marcar la que corresponda): SI / NO

RECORRIDO 1 (indicar prestación a la que se dirige. Por ej: fonoaudiología): _____

IDA Desde Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

VUELTA Hasta Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Período prestacional (mes desde-hasta): _____ Año: _____

(Marcar con una cruz días en que realiza traslados – debe coincidir con el cronograma de la prestación)

LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐

Cantidad Km Diario (ida y vuelta): _____ Cantidad Km Semanales: _____ Cantidad Km Mensuales: _____

Valor del Km: \$ _____ Valor total diario: \$ _____ Valor mensual: \$. _____

Programa de Discapacidad – Documentación General

RECORRIDO 2 (indicar prestación a la que se dirige. Por ej: fonoaudiología): _____

IDA Desde Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

VUELTA Hasta Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Período prestacional (mes desde-hasta): _____ Año: _____

(Marcar con una cruz días en que realiza traslados – debe coincidir con el cronograma de la prestación)

LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐

Cantidad Km Diario (ida y vuelta): _____ Cantidad Km Semanales: _____ Cantidad Km Mensuales: _____

Valor del Km: \$ _____ Valor total diario: \$ _____ Valor mensual: \$. _____

RECORRIDO 3 (indicar prestación a la que se dirige. Por ej: fonoaudiología): _____

IDA Desde Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

VUELTA Hasta Calle: _____ N° _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Período prestacional (mes desde-hasta): _____ Año: _____

(Marcar con una cruz días en que realiza traslados – debe coincidir con el cronograma de la prestación)

LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SÁBADO ☐

Cantidad Km Diario (ida y vuelta): _____ Cantidad Km Semanales: _____ Cantidad Km Mensuales: _____

Valor del Km: \$ _____ Valor total diario: \$ _____ Valor mensual: \$. _____

Km totales recorridos por mes:	Km totales recorridos por mes:		