

# Programa de Discapacidad – Documentación General

## PRESUPUESTO (Transporte especial)

### DATOS DEL PACIENTE

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

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_ Género:  F  M  X

Voluntario:  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:		