

Programa de discapacidad

Documentación General

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE - FORMULARIO 8 (página 1/3)

Fecha: ____ / ____ / ____

A quien corresponda:

Les hacemos llegar el siguiente presupuesto.

DE

Empresa: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____ Mail: _____

Compañía de seguro: _____ Póliza N°: _____

PARA

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____

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

VIAJES

1. LUGAR DE SALIDA

☐ Domicilio particular: _____☐ Colegio/ Institución: (detallar nombre) _____☐ Tratamiento: (especificar cuál) _____☐ Otros: (especificar cuál) _____

Dirección de salida: _____

LUGAR DE LLEGADA

☐ Domicilio particular: _____☐ Colegio/ Institución: (detallar nombre) _____☐ Tratamiento: (especificar cuál) _____☐ Otros: (especificar cuál) _____

Dirección de salida: _____

Ida y vuelta: SI ☐ NO ☐

Total Km por día: _____ Total Km por mes: _____

Frecuencia: ☐ Lunes☐ Martes☐ Miércoles☐ Jueves☐ Viernes☐ Sábado☐ Domingo

Total Km por día: _____ Total Km por mes: _____ Dependencia: _____

Total del presupuesto: _____ Período: _____

* 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.

Programa de discapacidad

Documentación General

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE - FORMULARIO 8 (página 2/3)

2. LUGAR DE SALIDA

- ☐ Domicilio particular: _____
- ☐ Colegio/ Institución: (detallar nombre) _____
- ☐ Tratamiento: (especificar cuál) _____
- ☐ Otros: (especificar cuál) _____

Dirección de salida: _____

LUGAR DE LLEGADA

- ☐ Domicilio particular: _____
- ☐ Colegio/ Institución: (detallar nombre) _____
- ☐ Tratamiento: (especificar cuál) _____
- ☐ Otros: (especificar cuál) _____

Dirección de salida: _____

Ida y vuelta: SI ☐ NO ☐ Total Km por día: _____ Total Km por mes: _____

Frecuencia:	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes	☐ Sábado	☐ Domingo
-------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Total Km por día: _____ Total Km por mes: _____ Dependencia: _____

Total del presupuesto: _____ Período: _____

3. LUGAR DE SALIDA

- ☐ Domicilio particular: _____
- ☐ Colegio/ Institución: (detallar nombre) _____
- ☐ Tratamiento: (especificar cuál) _____
- ☐ Otros: (especificar cuál) _____

Dirección de salida: _____

LUGAR DE LLEGADA

- ☐ Domicilio particular: _____
- ☐ Colegio/ Institución: (detallar nombre) _____
- ☐ Tratamiento: (especificar cuál) _____
- ☐ Otros: (especificar cuál) _____

Dirección de salida: _____

Ida y vuelta: SI ☐ NO ☐ Total Km por día: _____ Total Km por mes: _____

Frecuencia:	☐ Lunes	☐ Martes	☐ Miércoles	☐ Jueves	☐ Viernes	☐ Sábado	☐ Domingo
-------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Total Km por día: _____ Total Km por mes: _____ Dependencia: _____

Total del presupuesto: _____ Período: _____

Programa de discapacidad
Documentación General

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE - FORMULARIO 8 (página 3/3)

VALORES TOTALES

Km totales mensuales: _____

Dependencia: _____

Monto total mensual: _____

Período: _____

Firma del Responsable

Aclaración

CONFORMIDAD

"Por la presente, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de prestaciones descrito
precedentemente"

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI: _____

Firma de beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____