Medifé

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: _____

Télefono: _____ Télefono 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

Importe Km diarios: _____ Importe Km mensual: _____ 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

Importe Km diarios: _____ Importe Km mensual: _____ 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

Importe Km diarios: _____ Importe Km mensual: _____ 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.

Medifé

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 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.