

PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN: / /

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DNI:

BENEFICIARIO SE TRASLADA A LA PRESTACIÓN:

PERIODO:

IDA:						
DESDE (LUGAR Y DOMICILIO):						
HASTA (LUGAR Y DOMICILIO):						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						
KM IDA						

VUELTA:						
DESDE (LUGAR Y DOMICILIO):						
HASTA (LUGAR Y DOMICILIO):						
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						
KM VUELTA						

TOTAL KM DIARIOS: VALOR POR KM:

TOTAL DE KM/MES: VALOR MENSUAL:

ADICIONAL DEPENDENCIA 35% (SUJETO A EVALUACIÓN): SI NO

(El monto del arancel detallado rige según lo establecido por la Resolución vigente del Ministerio de Salud de la Nación, por lo que las actualizaciones se realizarán de forma automática).

NOMBRE COMERCIAL:

RAZON SOCIAL:

CUIT:

TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:

COMPAÑÍA DE SEGUROS: POLIZA Nº:

FIRMA DEL TRANSPORTISTA O EMPRESA A CARGO:

ACLARACIÓN:

ANTE CUALQUIER CAMBIO, POR FAVOR, COMUNICARSE:

TEL: 0810-222-0317

MAIL: contacto@das.gob.ar

IMPORTANTE: EN LA FACTURA DEBERÁ CONSTAR Nº VOUCHER DE AUTORIZACIÓN Y ADJUNTAR PLANILLA DE ASISTENCIA