

**PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

PRESUPUESTO PARA PRESTACIONES DE APOYO

FECHA DE EMISIÓN: / /

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DNI:

PRESTACIÓN:

PERIODO:

DOMICILIO DE ATENCIÓN:

HORAS SEMANALES:

MONTO/HORA:

DEPENDENCIA: SI

NO

ZONA PATAGÓNICA: 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).

PRESTADOR / INSTITUCIÓN:

.....

CUIT:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (INDICAR EL HORARIO SEMANAL DE LAS SESIONES)

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
HORARIO						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:

ACLARACIÓN:

ANTE CUALQUIER CAMBIO, POR FAVOR, COMUNICARSE AL:

TEL: 0810-222-0317

MAIL: CONTACTO@DAS.GOB.AR

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