

**PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE**

**FECHA DE EMISIÓN:** ..... / ..... / .....

**APELLIDO Y NOMBRE:** .....

**N° DNI:** .....

**BENEFICIARIO SE TRASLADA A LA PRESTACIÓN:** .....

**PERIODO:** .....

<b>IDA:</b>						
DESDE (LUGAR Y DOMICILIO): .....						
HASTA (LUGAR Y DOMICILIO): .....						
<b>DÍAS</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SABADO</b>
<b>HORARIO</b>						
<b>KM IDA</b>						

<b>VUELTA:</b>						
DESDE (LUGAR Y DOMICILIO): .....						
HASTA (LUGAR Y DOMICILIO): .....						
<b>DÍAS</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SABADO</b>
<b>HORARIO</b>						
<b>KM VUELTA</b>						

**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 N°:** .....

**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 N° VOUCHER DE AUTORIZACIÓN Y ADJUNTAR PLANILLA DE ASISTENCIA**