

**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**