

**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES TERAPÉUTICAS-EDUCATIVAS
(Centro de día -Centro Educativo Terapéutico)**

Lugar de emisión _____ Fecha _____

Datos del beneficiario

Apellido y nombre _____

Tipo y N° Doc _____

N° IOSFA _____

Tel. _____

E-mail _____

Diagnóstico _____

Datos de la prestación

Modalidad _____

Período: Desde _____

Hasta _____

Año _____

Tipo de jornada a realizar:

Simple

Doble

Reducida

Permanente

Categoría:

A

B

C

Incluye almuerzo:

Si

No

Incluye dependencia:

Si

No

FIM

Si (Adjuntar)

No

Monto mensual \$ _____

Matricula \$ _____

Datos del prestador

Apellido y nombre/Razón social _____

CUIT _____

Domicilio REAL donde se brinda la prestación: Calle _____

Localidad _____

Provincia _____

C.P. _____

Tel. _____

E-mail _____

Cronograma de asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

He comprendido las condiciones y objetivos del tratamiento a practicar atento a la información cierta, clara y detallada brindada por la Institución/Profesional.

Declaro BAJO JURAMENTO: no tener vínculo de parentesco por consanguinidad, afinidad y/o unión convivencial con el prestador.

Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vínculo con el beneficiario (si corresponde): _____

Firma y sello del Prestador