

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES DE APOYO
Completar tantos formularios como especialidades requeridas.
Debe acompañarse Plan de Abordaje por cada especialidad.

Lugar de emisión

Fecha

Datos del beneficiario

Apellido y nombre

Tipo y N° Doc

Tel.

E-mail

Diagnóstico

FIM

Si ☐ (Adjuntar)No ☐**Datos de la prestación**

Modalidad

PERIODO

Desde

Hasta

Año

Cantidad de sesiones semanales y mensuales

Monto por Sesión \$

Monto Mensual \$

Datos del prestador

Nombre y Apellido / Razón Social

Domicilio REAL donde se brinda la prestación

Localidad

Provincia

Tel/Cel

E-mail

CUIT N°

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