

## ANEXO 6

### DISCAPACIDAD • INSTITUCIONES • PLAN DE TRATAMIENTO • CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: .....

Beneficiario (Apellido y Nombre COMPLETO): .....

Tipo y N° de Documento: .....

Razón Social del Prestador: ..... CUIT: ...../...../.....

Prestación a brindar: .....

Tipo de jornada (Simple o Doble): ..... Dependencia (SI/NO) Categoría: .....

Matricula (\$)..... Monto mensual (\$) ..... Alimentación (SI/NO) \$ .....

Periodo Desde ..... 20 ..... Hasta ..... 20

Domicilio de atención: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Plus Zona desfavorable: % ..... \$ .....

Teléfono/s fijos y cel.: ..... E-mail: .....

Condición frente al I.V.A.: .....

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud.

Firma responsable  
de la institución:

Aclaración:

### CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario: ..... DNI: .....

Firma beneficiario  
o representante:

Aclaración y  
DNI firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: ...../...../.....