

ANEXO 7 - PRESUPUESTO PARA INSTITUCIONES

Escuela Especial, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Centros de Rehabilitación.

Fecha:/...../.....

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres

DNI: Fecha de Nacimiento: Edad:

Domicilio del beneficiario

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación:

Tipo de jornada a realizar: Simple Doble Reducida Intensivo

Categoría: A B C Módulo Integral: Simple Intensivo

Almuerzo: SI NO Dependencia SI NO

Período: Desde: Hasta: Año:

Matrícula: Monto Mensual \$

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud”

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE/ Razón Social: CUIT:

Domicilio donde se brinda la Prestación:

Localidad: Provincia:

E mail: Teléfono:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Marcar los días en los que se brinda la prestación.

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

Firma responsable de Institución:

Aclaración/ sello:

CONSENTIMIENTO

Doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de..... Manifiesto ser el familiar/ responsable/ tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo

Lugar y Fecha de Consentimiento: