

# ANEXO 11 - PRESUPUESTO POR TRANSPORTE

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

## DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL PROVEEDOR – Habilitación a Nombre de

Nombre/ Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

E mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Se reconocerán máximo viajes por 4 (cuatro) semanas al mes**

Periodo Presupuestado: Desde \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ del: 20 \_\_\_\_\_

Prestación a la que asiste: \_\_\_\_\_

Domicilio de Partida: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio de Llegada: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Viajes al mes: \_\_\_\_\_ Km por viaje de ida: \_\_\_\_\_ Km por viaje de vuelta: \_\_\_\_\_ km al mes: \_\_\_\_\_

Valor del Km presupuestado: \$ \_\_\_\_\_ Total Presupuestado: \$ \_\_\_\_\_

Adicional por Dependencia: SI ☐ No ☐ (Marcar lo que corresponda)

Especifique los apoyos que le brindara a la persona con discapacidad: \_\_\_\_\_

| CRONOGRAMA Marcar los días y horarios de ida y vuelta de los viajes a realizar |           |           |           |           |           |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Días                                                                           | Lunes     | Martes    | Miércoles | Jueves    | Viernes   | Sábados   |
| Horario                                                                        | De: _____ | De: _____ | De: _____ | De: _____ | De: _____ | De: _____ |
|                                                                                | A: _____  | A: _____  | A: _____  | A: _____  | A: _____  | A: _____  |

En caso de detectar facturación por viajes no realizados, la obra social se reserva la facultad de derivar al paciente a otro proveedor

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

Firma y Aclaración del Transportista: \_\_\_\_\_ Sello de la Empresa/ Agencia \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO

Doy mi conformidad respecto a los viajes y recorridos que se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Hago constar que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_  
Manifiesto ser el familiar y doy conformidad respecto a la  
terapia detallada precedentemente.

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_