

ANEXO 14 - CONFORMIDAD DE TRASLADOS (Adjuntar en forma mensual y obligatoria a la factura)

Apellidos y Nombres del Beneficiario: _____

Traslados Realizados durante Mes y año: _____

Es exclusiva responsabilidad de las familias informar al área de discapacidad de esta obra social si la persona con discapacidad no está recibiendo o no recibió los traslados solicitados/ autorizados.

No se reconocerán los viajes a Instituciones Educativas realizados en días feriados.
No se reconocerán los viajes que superen las 4 (cuatro) semanas al mes.
No se reconocerán los viajes que superen el tope de sesiones mensuales autorizadas.

Prestación a la que Asiste: _____

Domicilio de Partida: _____ Localidad: _____

Domicilio de Llegada: _____ Localidad: _____

Cantidad de Viajes al mes: _____ km al mes: _____

Firma y Aclaración del Familiar dando
conformidad que los viajes fueron realizados: _____

Prestación a la que Asiste: _____

Domicilio de Partida: _____ Localidad: _____

Domicilio de Llegada: _____ Localidad: _____

Cantidad de Viajes al mes: _____ km al mes: _____

Firma y Aclaración del Familiar dando
conformidad que los viajes fueron realizados: _____

Firma Aclaración y Sello del proveedor: