

FECHA DE EMISIÓN CUIL

RAZÓN SOCIAL

MAIL TELÉFONO

DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

MODALIDAD PRESTACIONAL A BRINDAR

TIPO DE JORNADA PERÍODO DESDE HASTA

CATEGORÍA ALMUERZO SI NO

MONTO MENSUAL

En caso de corresponder

DEPENDENCIA SI NO MATRÍCULA ANUAL

CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES MONTO POR SESIÓN

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	DE:	DE:	DE:	DE:	DE:	DE:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

DEL PROFESIONAL:

.....
Firma

.....
Sello legible

Aclaración

Matrícula

ANEXO II-2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO

Yo con documento tipo () N° , doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA

PRESTACIÓN	PRESTADOR	PERÍODO DE LA PRESTACIÓN	
		DESDE	HASTA

.....
Firma y aclaración

.....
Fecha

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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 y aclaración

.....
Documento



FECHA DE EMISIÓN CUIL

RAZÓN SOCIAL

MAIL TELÉFONO

COMPANÍA DE SEGUROS

PÓLIZA N°:

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI PERÍODO DESDE HASTA

DIAGRAMA DE TRASLADO

VIAJE	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DESTINO	KM POR VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1	<input type="text"/>				
2	<input type="text"/>				
3	<input type="text"/>				

CRONOGRAMA DE TRASLADO

Marcar con una cruz los días de traslado

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1	<input type="checkbox"/>					
2	<input type="checkbox"/>					
3	<input type="checkbox"/>					

TOTAL KM MENSUALES ADICIONAL DEPENDENCIA 35%(SUJETO A EVALUACIÓN) SI / NO

VALOR DEL KM MONTO MENSUAL

DEL TRANSPORTISTA:

.....
Firma

.....
Aclaración

CONFORMIDAD DEL TRANSPORTE

FECHA NOMBRE Y APELLIDO

DNI

Yo con Documento Tipo N°
doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde hasta

.....
Firma

.....
Aclaración

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de
Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI