

**PRESUPUESTO PRESTACIONAL**

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador:

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono:

Beneficiario: _____

DNI:

Modalidad prestacional a

brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría:

Período: desde: _____ hasta:

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - 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
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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.



1. Prestación:

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____
hasta _____

2. Prestación:

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____
hasta _____

3. Prestación:

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____
hasta _____

4. Prestación:

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____
hasta _____

Firma:

Aclaración:

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:.....

Aclaración:

Documento: