



**DISCAPACIDAD – ESPECIALIDADES –
PLAN DE TRATAMIENTO-CONSENTIMIENTO**

Lugar y fecha de Emisión:

Razón Social del prestador:

Domicilio de atención:

Localidad / Provincia:..... Teléfonos:.....

Nombre Beneficiario:.....

DNI:.....

Prestación/Especialidad: (según mecanismo NTEGRACION)	Cantidad sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto Mensual (\$)
---	-------------------	-------------------	--------------------

.....
.....
.....

Periodo Ciclo lectivo, DesdeHasta.....

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIOS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados

Observaciones:

.....

.....

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente deajo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario:DNI:.....

Nro. De Beneficiario: Aclaración:

Firma Beneficiario o Representante:DNI:

Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento:



**DISCAPACIDAD – INSTITUCIONES –
PLAN DE TRATAMIENTO-CONSENTIMIENTO**

Lugar y fecha de Emisión:
Razón Social del prestador:
Domicilio de atención:
Localidad / Provincia: Teléfonos: Nombre Beneficiario: DNI:

Prestaciones a Brindar: (según mecanismo INTEGRACION)
.....
.....

Tipo de jornada (Simple o Doble):..... Dependencia (S/N):
Matricula (\$): Monto Mensual (\$): Categoría:
Periodo Ciclo lectivo, Desde Hasta

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
HORARIOS	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones:.....
.....
.....

Firma Responsable de Institución: Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:

DNI:..... Nro. De Beneficiario:.....

Aclaración

Firma Beneficiario o Representante: DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento:
.....



**DISCAPACIDAD –TRANSPORTE –
DIAGRAMA DE TRASLADOS-CONSENTIMIENTO**

Lugar y fecha de Emisión:
Razón Social del prestador:
Domicilio de atención:
Localidad / Provincia:.....Teléfonos:.....
Nombre Beneficiario: DNI:

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	------------	----------------

.....
.....
.....

Monto mensual (\$):.....Dependencia (S/N):

Periodo Ciclo lectivo, DesdeHasta

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslados)

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones:
.....
.....

Firma Responsable de Institución: Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:

DNI: Nro. De Beneficiario:

Aclaración:

Firma Beneficiario o Representante:DNI Firmante:

.....

Lugar y Fecha de Consentimiento _____