

ANEXO XI – PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Beneficiario/a: _____

DNI: _____

Razón social del prestador/a: _____

CUIT: ____-____-____

Mail de contacto: _____

Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____

Póliza N°: _____

Período: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Prestación a la que asiste (escuela especial, kinesio, etc.)	Km por viaje	Km mensuales sin decimales	Importe diario	Importe mensual
1							
2							
3							
4							

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado:

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						
4						

Total de km mensuales sin decimales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): SI ☐ NO ☐

En caso de dependencia informar apoyos específicos: _____

Valor del km: _____

Monto mensual: _____

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N°19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de declaración jurada. Doy conformidad al diagrama de traslados.

Firma Beneficiario/a con Certificado Único de Discapacidad (CUD), familiar responsable / tutor/a

DNI: _____

Firma y Aclaración del/la Transportista