ANEXO V – PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2027

IMPORTANTE: la documentación deberá ser firmada en forma ológrafa (manuscrita) únicamente. Resol. 1743/24 SSSalud.

Fecha de emisión: ____ /____ /____

PRESTACIÓN A BRINDAR: _____

Apellido y nombre del beneficiario/a:_____

DNI: _____

Razón social del prestador/a: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Tel: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Almuerzo: SI / NO

En caso de corresponder:

Dependencia: SI / NO

Monto mensual: _____

Matrícula anual: _____

Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____

En los casos de estimulación temprana, prestación de apoyo o módulo de rehabilitación completar:

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:*

Es caso de dependencia: informar apoyos específicos que se brindarán.

No foto de la firma.

_____

Firma y Aclaración del Prestador/a y Sello