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.



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



_____
Firma y Aclaración del/la Transportista

ATENCIÓN: Recordar que junto con este formulario deben completar la conformidad (ANEXO II).