

Liquidación de Subsidios por Discapacidad

ANEXOS

3.1 Planilla de Ingreso de Facturación

Ingreso N°.....

Prestador N°: Razón Social:

Teléfono de contacto: Mail:

Nº	Tipo y Letra de comprobante	Beneficiario	Periodo	Importe

Cantidad de comprobantes:.....

A los efectos de agilizar su atención, rogamos concurrir con esta Planilla de Ingreso ya confeccionada por duplicado

Solicito **excepción** presentación física: Motivo:

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

3.3 Planilla de Asistencia Mensual – Instituciones

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel()......

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Prestación:.....

Turno (mañana/tarde/doble):

Periodo (mes y año):.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

- * Se marcará con una P (Presente) las asistencias.
- * Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias.
- * S (Sábados) / D (Domingos) / F (Feriado) / J (Jornada)

Y toda aclaración que considere pertinente

.....

.....

.....

Prestador	Paciente o responsable
Firma del responsable de la institución	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
Sello de la institución	Vínculo

3.4 Planilla de Asistencia Mensual - Apoyo a la Integración Escolar

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel ().....

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Prestación:.....

Periodo (mes y año):.....

Carga horaria mensual hs, de acuerdo al siguiente detalle (*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(*) Se debe indicar la carga horaria día por día (no el horario), Ej.: 4 hs no de 8.00 a 12.00 hs

Lugar donde se realiza la integración:.....

Turno (mañana/tarde/doble):

Prestador		Paciente o responsable
Firma del responsable de la institución	Firma del profesional que realiza la integración	Firma
Sello o Aclaración	Sello o Aclaración	Aclaración
		DNI
Sello de la institución		Vínculo

3.5 Planilla de Asistencia Mensual - Maestro de Apoyo (valor módulo)

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel ().....

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Prestación:.....

Periodo (mes y año):.....

Carga horaria mensualhs, de acuerdo al siguiente detalle (*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(*) Se debe indicar la carga horaria día por día (no el horario), Ej: 4 hs no de 8.00 a 12.00 hs

Lugar donde se realiza la integración:.....

Turno (mañana/tarde/doble):

Prestador	Paciente o responsable
Firma del profesional que realiza la integración	Firma
	Aclaración
Sello o Aclaración	DNI
	Vínculo

3.6 PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL - TRANSPORTE

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel ().....

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Prestación: Transporte a.....
(Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o razón social de la institución)

Periodo (mes y año).....

Ida:

Desde.....

Hasta.....

Km por viaje.....**Cantidad de viajes** mensuales

Vuelta:

Desde.....

Hasta.....

Km por viaje

Cantidad de viajes mensuales

Total **Km por día:**

Cantidad de días/mes:

Total Km mensuales:.....

Prestador	Paciente o responsable
Firma	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
	Vínculo

3.7 INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL COBRO DE FACTURACIONES

Razón Social o Nombre y Apellido del Prestador:.....

Nro. De CUIT (coincidente con la facturación):.....

Nro. De Cuenta Corriente o Caja de Ahorro:

Banco:

CBU (correspondiente al CUIT de la facturación):.....

Dirección De Mail De Contacto:

Firma:.....

Aclaración:.....

Tipo y Nro. De Documento:.....

Fecha:.....