Presupuesto Transporte 2027

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT:_____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros:_____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período desde: _____ Hasta _____

Translado a (escuela, rehabilitación, centro de día, etc): _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	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	Jueves
1						
2						
3						
4						

Presupuesto Transporte 2027

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí / No.

Valor del Km: _____ Monto mensual: _____

_____

Firma y Aclaración del Transportista

IMPORTANTE! Completar ambos campos en caso que no firme la persona con discapacidad

Conformidad de Transporte

Fecha de Emisión: _____/_____ /____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado/DNI:_____

Yo _____ con documento Tipo (_____)

N° _____ , doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

desde: _____ hasta _____.

Firma: _____

Aclaración: _____

Si el firmante no es la persona con discapacidad, completar:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: _____

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento:_____