



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO III MODELOS DE PLANILLAS

---

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto: Teléfono: \_

Beneficiario: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: desde: hasta:



Firma y Aclaración del Prestador.

---

**PRESUPUESTO TRANSPORTE**

Fecha de Emisión: //

Razón social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto: Teléfono:

Compañía de Seguros: Póliza N°:

Beneficiario: DNI:

Período: desde: hasta:

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales:

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

Valor del km: Monto mensual

Firma y Aclaración del Transportista

---

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: ...../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N° ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que en la continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. Prestación: \_\_\_\_\_

a. Prestador: \_\_\_\_\_

b. Periodo de Prestación: desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

2. Prestación: \_\_\_\_\_

c. Prestador: \_\_\_\_\_

d. Periodo de Prestación: desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

3. Prestación: \_\_\_\_\_

e. Prestador: \_\_\_\_\_

f. Periodo de Prestación: desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

4. Prestación: \_\_\_\_\_

g. Prestador: \_\_\_\_\_

h. Periodo de Prestación: desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Firma: .....

Aclaración: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:**

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

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración: .....

Documento: .....

---

**CONFORMIDAD TRANSPORTE**

Fecha: ...../...../.....

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: .....

Documento: .....

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.

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:**

Por la presente, deajo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de  
.....

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

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Deajo 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.