osdop
Dirección de Prestaciones de Salud

# 9° PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

*Completo y firmado por el prestador y la persona con discapacidad, su familiar responsable o tutor/a.*

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a: _____

N° de afiliado/a: _____

Razón Social: _____

CUIT: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

**IMPORTANTE:** se contempla la **modalidad de tramo corto**. Por este motivo, se deberá consignar el kilometraje **real efectivamente recorrido**.

**Destino 1** - Prestación: _____

Período: 2027 desde (mes): _____ hasta (mes): _____

Modalidad de traslado: Ida Vuelta Ida y vuelta

Dirección de partida: _____

Dirección de llegada: _____

Cantidad de kilómetros reales por viaje: _____ Cantidad de kilómetros por mes: _____

Días y horarios: _____

**Destino 2** - Prestación: _____

Período: 2027 desde (mes): _____ hasta (mes): _____

Modalidad de traslado: Ida Vuelta Ida y vuelta

Dirección de partida: _____

Dirección de llegada: _____

Cantidad de kilómetros reales por viaje: _____ Cantidad de kilómetros por mes: _____

Días y horarios: _____

**Destino 3** - Prestación: _____

Período: 2027 desde (mes): _____ hasta (mes): _____

Modalidad de traslado: Ida Vuelta Ida y vuelta

Dirección de partida: _____

Dirección de llegada: _____

Cantidad de kilómetros reales por viaje: _____ Cantidad de kilómetros por mes: _____

Días y horarios: _____

**Adicional por dependencia:** Sí / No **Adicional por Plus Patagónico:** Sí / No

Valor por kilómetro: _____

Total mensual de kilómetros para todos los trayectos: _____

Total mensual en pesos de todos los trayectos: _____

En caso de solicitar dependencia, especificar los apoyos que se brindarán: _____

_____

_____

Firma *(manuscrita)* y sello del transportista

Por la presente, dejo constancia de mi conformidad con el esquema de traslado detallado anteriormente.

_____ _____

Firma *(manuscrita)* y aclaración del afiliado/a, familiar o responsable tutor/a.

Parentesco