



## PRESUPUESTO PRESTACIONAL

### ESTIMULACIÓN TEMPRANA - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE / INTENSIVO

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT N° \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono:(    ) \_\_\_\_\_

#### **Modalidad Prestacional Para Brindar: (Marcar con "X" la que corresponda)**

Estimulación Temprana \_\_\_\_\_ Modulo Integral Simple \_\_\_\_\_ Modulo Integral Intensivo \_\_\_\_\_

**Período**, desde (MM/AAAA): \_\_\_\_\_ hasta (MM/AAAA): \_\_\_\_\_

Monto Mensual: \_\_\_\_\_

#### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Prestación de Rehabilitación	Cantidad de sesiones semanales	Lunes (Hora)	Martes (Hora)	Miércoles (Hora)	Jueves (Hora)	Viernes (Hora)
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
Esp:		De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

\_\_\_\_\_  
Firma, Aclaración y Sello del Prestador