PRESUPUESTO DE TRANSPORTE	
Fecha de emisión: _____/_____/_____	
Razón social del prestador:	**CUIT:**
Email de contacto (legible):	**Teléfono:**
Compañía de seguros:	**Póliza N°:**
Beneficiario:	**DNI:**
Periodo 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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Totales por Km. Mensuales: _____
Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): SI - NO En caso afirmativo adjuntar NOTA indicando apoyos utilizados.
Valor del km: _____
Monto mensual: _____

Firma y aclaración del transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE
Fecha: _____/_____/_____
Apellido y nombre del beneficiario:
Número de afiliado/DNI:
Yo _____ **con documento (___) N°** _____ **doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo: 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 doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.**
Firma:
Aclaración:
Documento: **Vínculo con el beneficiario:**