

**FORMULARIO PARA PRESUPUESTO PRESTACIONES MAESTROS DE APOYO /  
EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR**

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA ESCUELA DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO/TELEFONO DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE PRESTACIÓN:    MAESTRO DE APOYO        EQUIPO DE APOYO  
 PERIODO - DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_  
 CANTIDAD DE HORAS SEMANALES: \_\_\_\_\_        MENSUALES: \_\_\_\_\_  
 MONTO MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA EN ESCUELA:**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

*En caso de equipo de apoyo a la integración: listado de profesionales que lo componen.*

NOMBRE	APELLIDO	ESPECIALIDAD	N° DE MATRÍCULA	FIRMA Y SELLO

-----  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

-----  
ACLARACIÓN

**CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO**

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al plan de tratamiento de prestaciones propuesto por el/los profesional/profesionales.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD: \_\_\_\_\_

DNI DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
VÍNCULO