

**PRESUPUESTO DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO (NO ÁULICO)**  
El presente debe presentarse junto con el Plan de Trabajo y el título habilitante

LUGAR DE EMISIÓN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Apellido y nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

FIM Si  (Adjuntar) No

**DATOS DE LA PRESTACIÓN**

Modalidad \_\_\_\_\_

PERIODO Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Cantidad de horas \_\_\_\_\_ Monto hora \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de horas mensuales \_\_\_\_\_ Monto mensual \$ \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESTADOR**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Tel./Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

CUIT N° \_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD (ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO)**

*La prestación se brindará en domicilio:*

Días y Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
DESDE						
HASTA						

*La prestación se brindará en consultorio:*

Días y Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
DESDE						
HASTA						

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del profesional de  
salud mental que supervise*

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del AT*

**Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.**

*He comprendido las condiciones y objetivos del tratamiento a practicar atento a la información cierta, clara y detallada brindada por el profesional.*

*Declaro BAJO JURAMENTO: no tener vínculo de parentesco por consanguinidad, afinidad y/o unión convivencial con el prestador.*

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Vínculo con el beneficiario (si corresponde): \_\_\_\_\_