

# Formulario 009 - Programa de Discapacidad

## Presupuesto: Institución Educativa

Completar todos los campos del formulario.

<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Lugar de Emisión	Fecha

### Datos del Paciente

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido y Nombres	Número de DNI

### Datos de la Prestación

			<b>Categoría</b>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
<b>Período</b>			<b>Incluye Dependencia</b>	<b>Jornada</b>		<b>Incluye Almuerzo</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Simple <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Desde	Hasta	Año				

### Cronograma de Asistencia

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>Horarios</b>	De: <input type="text"/>					
	A: <input type="text"/>					

### Observaciones

\$ <input type="text"/>
Monto Mensual

### Datos del Prestador

<input type="text"/>		
Razón Social		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio de Atención	Localidad	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono	E-mail	
<input type="text"/>		
CUIT		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Firma y Sello del Responsable de la Institución	Aclaración	