IMAS instituto murciano de acción social

Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión

Ronda de Levante, nº 16
30008 Murcia
Tlf: 968 36 62 62 / Fax: 968 36 62 71

A N E X O III

PRESUPUESTO DE TRATAMIENTOS

NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:		
CENTRO DE ASISTENCIA:		C.I.F.:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	TELÉFONO:

PROFESIONALES QUE IMPARTEN LOS TRATAMIENTOS: (Cuando se trate de trabajadores autónomos)

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	TITULACIÓN	N.º Af. R.E. Autónomo / Nº colegiado
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	TELÉFONO:

MES DE INICIO DEL TRATAMIENTO/S : _____

TRATAMIENTOS:	Horas/Día	Días/mes	Meses /Año	Euros/Mes
FISIOTERAPIA	_____	_____	_____	_____
ASISTE LOS MESES DE **JULIO** SI ☐ NO ☐	**AGOSTO** SI ☐ NO ☐			
PSICOMOTRICIDAD	_____	_____	_____	_____
ASISTE LOS MESES DE **JULIO** SI ☐ NO ☐	**AGOSTO** SI ☐ NO ☐			
TERAPIA DE LENGUAJE.....	_____	_____	_____	_____
ASISTE LOS MESES DE **JULIO** SI ☐ NO ☐	**AGOSTO** SI ☐ NO ☐			
T. PSICOTERAPÉUTICO	_____	_____	_____	_____
ASISTE LOS MESES DE **JULIO** SI ☐ NO ☐	**AGOSTO** SI ☐ NO ☐			

_____ a _____ de _____ de20___

CENTROS: El Director, El Profesional,