



A N E X O I V

PRESUPUESTO DE PRESTACION TEMPORAL DE SERVICIOS PERSONALES

D./D^a. _____,
con D.N.I. _____ y número de afiliación a la Seguridad Social
_____, domiciliado/a en C/. _____ nº _____ de

D E C L A R A :

Que ofrece a la persona con discapacidad D./D^a. _____,
con domicilio en C/. _____, nº ____ de la localidad de
_____, sus servicios de Atención Domiciliaria en las siguientes condiciones:

Que el parentesco que les une es el siguiente _____

FECHA DE INICIO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA:

HORARIO DE ATENCION	TOTAL HORAS DIARIAS	EUROS/HORA	DIAS AL MES	EURO/MES	MESES/AÑO	TOTAL/EURO

- ☐ Causas que motivan la temporalidad de la solicitud y acreditación documental en su caso. _____

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en

a _____ de _____ de 2008.

Fdo.: _____