



## ANEXO IV

### PRESUPUESTO DE PRESTACION TEMPORAL DE SERVICIOS PERSONALES

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_,  
con D.N.I. \_\_\_\_\_ y número de afiliación a la Seguridad Social  
\_\_\_\_\_, domiciliado/a en C/. \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_

**DECLARA:**

Que ofrece a la persona con discapacidad D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_,  
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 \_\_\_\_\_

<b>FECHA DE INICIO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA:</b>
---

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.: \_\_\_\_\_