

## HOJA DE PRESUPUESTO FAMILIAR PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Formulario BRR 330

RESPONDER A: \_\_\_\_\_ RSFO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FECHA:  
NOMBRE DE LA PERSONA:  
N.º TABS:  
ESTABLECIMIENTO:

El presupuesto familiar mensual para la atención de la salud de la persona mencionada anteriormente se ha conformado de la siguiente manera:

PROCEDENCIA DE LOS FONDOS	VIGENCIA	PROCEDENCIA DE LOS FONDOS	VIGENCIA
Renta no salarial	/ /	Renta no salarial	/ /
Ingreso devengado		Ingreso devengado	
Otro		Otro	
<b>Orden de servicio de la OPWDD</b>		<b>Orden de servicio de la OPWDD</b>	
<b>FINANCIACIÓN</b>		<b>FINANCIACIÓN TOTAL</b>	
<b>TOTAL</b>			
<b>DESGRAVACIÓN FISCAL</b>		<b>DESGRAVACIÓN FISCAL</b>	
Renta no salarial		Renta no salarial	
Ingreso devengado		Ingreso devengado	
Otro		Otro	
<b>Orden de servicio de la OPWDD</b>		<b>Orden de servicio de la OPWDD</b>	
<b>DESGRAVACIÓN FISCAL TOTAL</b>		<b>DESGRAVACIÓN FISCAL TOTAL</b>	
<b>EXCEDENTE CONTABLE</b>		<b>EXCEDENTE CONTABLE</b>	
<b>PAGO A PROVEEDORES</b>		<b>PAGO A PROVEEDORES</b>	
Renta no salarial		Renta no salarial	
Ingreso devengado		Ingreso devengado	
Otro		Otro	
<b>Orden de servicio de la OPWDD</b>		<b>Orden de servicio de la OPWDD</b>	
<b>PAGO TOTAL A PROVEEDORES</b>		<b>PAGO TOTAL A PROVEEDORES</b>	

**OBSERVACIONES:**

Si tiene alguna duda acerca de este acuerdo financiero, comuníquese con la Oficina de asistencia de ingresos a la dirección o teléfono que se indican más arriba.

Copia para el individuo/fiduciario  
Copia para el proveedor de atención médica  
Copia para el agente  
Copia para la oficina administrativa  
Copia para el administrador del caso

Saludos cordiales.

Agente encargado de Recursos y Reembolsos