**ANEXO N°3**



Detalle de gastos médicos del niño o niña con enfermedad catastrófica (mensuales):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicamentos | Alimento especial | Exámenes | Locomoción / combustible | Estadías en otra comuna | Atenciones medicas | Terapias | Otros (mencionar) |
| $ | $ | $ | $ | $ | $ | $ | $ |
| Total gastos médicos mensuales | | | | | | | $ |

\*En este ítem se deben considerar gastos mensuales permanentes del niño (a) con enfermedad catastrófica. En el caso de costear medicamentos que alcancen a cubrir tratamiento por más de 1 mes, se debe hacer el cálculo del gasto mensual. Se deben adjuntar boletas y/o comprobantes de gastos médicas tales como medicamentos, exámenes, terapias, alimentos especial, hospedajes, combustible y/o pasajes con ocasión de asistir a controles médicos o terapias entre otros.