**ANEXO N°6**

**PLANILLA DE BENEFICIARIOS**

Agregar el **grupo de beneficiarios** e indicar las cantidades en la siguiente tabla, según sea el caso*.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO** | **HOMBRES** | **MUJERES** | **DIRECTOS** |  | **INDIRECTOS** |
| Niños y jóvenes *(hasta los 17 años)* |  |  |  |  |  |
| Adultos  *(desde 18 a 59 años)* |  |  |  |  |  |
| Adultos Mayores *(desde 60 años a más)* |  |  |  |  |  |
| (\*) Situación de discapacidad |  |  |  |  |  |
| (\*) Perteneciente a pueblos originarios |  |  |  |  |  |
| **TOTALES** |  |  |  |  |  |

(\*) *Dicha condición debe ser acreditada mediante certificado, por cada individuo, según corresponda.*

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS** |
|  |

\*Si postula a la categoría **Bienestar de mascotas (animal de compañía, con o sin tutor)** orientador **N° 5.3** Operativos de atenciones ambulatorias y orientador **N° 5.4** Operativos de esterilización para mascotas**,** agregar mascotas **beneficiarias** e indicar las cantidades en la siguiente tabla*.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO** | **DIRECTOS** |  | **INDIRECTOS** |
| Caninos |  |  |  |
| Felinos |  |  |  |
| Otros |  |  |  |
| **TOTALES** |  |  |  |

**Representante legal de la institución**

Nombre, Firma y Timbre

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2024