



Obra Social del Personal de la Industria Ladrillera a Máquina
RNOS 1-1040-4

0800-345-1100
www.ospilm.org.ar

Instructivo para la Cobertura de Prestaciones Básicas de Discapacidad

instructivo para la cobertura



2023

de prestaciones
básicas

de discapacidad





ÍNDICE

instructivo para la cobertura de prestaciones básicas

:: IMPORTANTE

4

:: DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD
DE PRESTACIONES 2023

5

:: 01. INSTITUCIONES

6

:: 02. PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

7

:: 03. APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR “CON EQUIPO”...

8

:: 04. MAESTRO DE APOYO

9

:: 05. TRANSPORTE

10

:: REQUISITOS IMPRESCINDIBLES PARA LA AUTORIZACIÓN
DE LAS PRESTACIONES

11



instructivo para la cobertura de prestaciones básicas

:: FORMULARIOS	12
:: HOJA DE VERIFICACIÓN	13
:: ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR	14
:: NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR	15
:: FORMULARIO FIM	16
:: TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	17
:: PRESUPUESTO DE TRANSPORTE	18
:: PRESUPUESTO GENERAL	19
:: ANEXO II	20



:: IMPORTANTE

Toda la documentación requerida por el sector de Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

IMPORTANTE: SE RECUERDA QUE EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA SU AUTORIZACIÓN, YA QUE SE ENCUENTRA SUJETA AL ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN QUE REALICE EL SECTOR DE AUDITORÍA EN DISCAPACIDAD. EL CUÁL SE REALIZARÁ DENTRO DE LOS 07 A 10 DÍAS HÁBILES. POR TAL MOTIVO, NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.

Mail de referencia para el envío de legajos:

OSPILM:

legajos@ospilm.org.ar



:: DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2023 (Corroborar todo lo indicado con la Hoja de Verificación)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

DEL BENEFICIARIO

- Certificado de discapacidad vigente.
- Constancia de alumno regular o nota aclaratoria del titular en caso de no estar escolarizado.
- Conformidad por las prestaciones firmadas por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (Anexo II). Ver en formularios.

DEL MÉDICO

- Resúmen de historia clínica/formulario resúmen de historia clínica: firmado por médico tratante.
- Prescripciones médicas de las prestaciones comprendidas en el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad, firmada por médico tratante.

IMPORTANTE: LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS TIENEN QUE TENER FECHA ANTERIOR AL PERÍODO DE PRESTACIÓN SOLICITADO (Por ejemplo, si la prestación se solicita de febrero a diciembre de 2023, la fecha del pedido médico debe ser de enero de 2023 o diciembre 2022). Las prescripciones deben ser confeccionadas por el médico tratante del beneficiarios,

DEL PRESTADOR

Las prestaciones pueden ser reagrupadas en:

01. Prestaciones brindadas por instituciones (escuelas especiales, centros educativos terapéuticos, formación laboral, centros de rehabilitación, centros de día, hogar, etc).
02. Prestaciones de rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales independientes (psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc).
03. Apoyo a la integración escolar (brindada por una institución).
04. Maestro de Apoyo (brindada por un profesional independiente).
05. Transporte.



01.

INSTITUCIONES

ESCUELAS ESPECIALES, CENTROS EDUCATIVOS, TERAPÉUTICOS, FORMACIÓN LABORAL, CENTROS DE REHABILITACIÓN, CENTROS DE DÍA, HOGAR, ETC.

Las instituciones deben encontrarse inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las Prestaciones Terapéutico-Educativas y Asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL

Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez.

En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN PERÍODO DE ABORDAJE, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación.

Ejemplo: mar a dic 2022), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior).

03. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL DONDE CONSTE PERÍODO, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL ABORDAJE.

Recordemos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

04. PRESUPUESTO

05. INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD.

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

08. En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de hogar (con CET y con Centro de Día), Centro Educativo Terapéutico y Centro de Día, se deberá presentar el INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM), confeccionada por el Lic. en Terapia Ocupacional y el INFORME DEL PRESTADOR especificando los apoyos que se brindarán conforme al Plan de Abordaje Individual.

Los documentos del 1 al 4 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (en puño y letra).



02. PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Los prestadores deben encontrarse inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).

01. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL** Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, particular, etc) adjunte aquí una nota aclarando esta situación.
02. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE**, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej: mar a dic 2022), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior).
03. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL** dónde conste período, objetivos específicos y estrategias utilizadas en el abordaje. Recordamos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.
04. **PRESUPUESTO**
05. **REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP).**
06. **CONSTANCIA DE CUIT** (Inscripción en AFIP).
07. **CONSTANCIA DE CBU** emitida por el Banco.
 Los documentos del 1 al 4 deben contener los datos del beneficiario: nombre y apellido, DNI, firma y sello del prestador (de puño y letra).
 Las prestaciones de rehabilitación con profesionales independientes, en el marco de prestaciones de Apoyo o Módulos de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo, se autorizarán a partir de los 3 años de edad del beneficiario.
 Si el beneficiario es menor de tres años (1 a 3 años y/o 6 dependiendo el caso), deberá solicitar Módulo de Estimulación Temprana con Institución categorizada para dicha prestación. Cualquier duda comunicarse a los mails de referencias.
TODA LA DOCUMENTACION firmada en PUÑO Y LETRA.



03.

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR “CON EQUIPO”

BRINDADO POR LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL O CENTRO, AMBOS CATEGORIZADOS PARA BRINDAR ESTA PRESTACIÓN.

Las instituciones deben encontrarse inscritas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

01. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL** Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
02. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN**, en el cual consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2022), modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
03. **ACTA ACUERDO** firmada por familiar responsable/Tutor/Directivo de la escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo). Ver modelo en sector formularios.
04. **CATEGORIZACIÓN** del Centro.
05. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL** con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional tratante.
06. **CONSTANCIA DE CUIT** (Inscripción en AFIP).
07. **CONSTANCIA DE CBU** emitida por el Banco.



04.

MAESTRO DE APOYO

BRINDADO POR UN PROFESIONAL INDEPENDIENTE.

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO QUE SOLICITA MAESTRO DE APOYO.

01. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL** Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
02. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN**, en el cuál consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2022 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2022), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzado.
03. **ACTA ACUERDO** firmada por familiar responsable/Tutor, Directivo de la Escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo). Ver modelo en sector formulario.
04. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL** con detalle curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional.
05. **TITULO HABILITANTE** (Psicopedagogas, Psicólogas, Profesora de Educación Especial, Licenciada en Ciencias de la Educación) SIN EXCEPCIÓN.
06. **CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS.**
07. **CONSTANCIA DE CUIT** (Inscripción en AFIP).
08. **CONSTANCIA DE CBU** emitida por el Banco.



05.

TRANSPORTE

IMPORTANTE: EL PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE, DEBERÁ SER PRESCRIPTO Y FUNDAMENTADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN EL CUAL DEBERÁ APORTAR DATOS CLÍNICOS RELEVANTES, QUE IMPOSIBILITEN EL TRASLADO GRATUITO EN TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.

En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán.

01. **CONFORMIDAD DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS**, firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/Tutor. Conforme al Anexo II.
02. **PRESUPUESTO**. En el mismo debe constar Diagrama de Traslados con indicación de origen y destino de cada viaje. Cantidad de km. recorridos por viaje, por semana y por mes (ida y vuelta). Deberá contener firma, aclaración y DNI del transportista y del beneficiario con discapacidad /familiar responsable/tutor. Conforme al formulario.
03. **MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO** (se debe presentar solo el mapa, donde se pueda visualizar: Partida/Destino y cantidad de kilómetros del recorrido).
04. **HABILITACIÓN ACTUALIZADA** de la empresa que factura y del vehículo que realiza el traslado.
05. **VTV DEL VEHICULO**.
06. **LICENCIA DEL CONDUCTOR**.
07. **PÓLIZA DE SEGURO**.
08. **CONSTANCIA DE CUIT** (Inscripción en AFIP).
09. **CONSTANCIA DE CBU** emitida por el Banco.

Importante: La dependencia no puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 años.

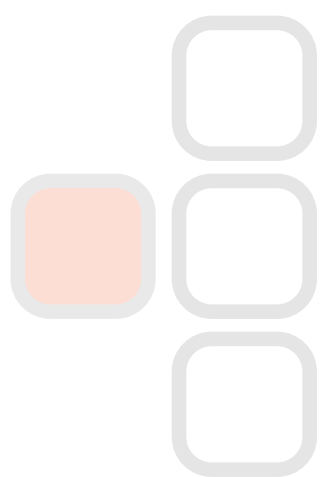


REQUISITOS IMPRESCINDIBLES PARA LA AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

01. En caso de solicitar las prestaciones de Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo, el pedido médico debe detallar cuáles y cuántas sesiones se brindarán en el mismo.
02. Para cambio de prestador se requiere:
 - Nota de solicitud de cambio de prestador.
 - Toda la documentación del nuevo prestador, incluido el informe de evaluación inicial (excepto en caso de transporte). ANEXO II - Conformidad Prestación Año 2023.
03. En caso de tener autorizado CET (Centro Educativo Terapéutico), jornada doble, sólo se podrá agregar una prestación de apoyo al mismo. No se puede agregar Módulo Integral Simple o Intensivo paralelamente.
04. Todos los prestadores, sean instituciones o no, deberán presentar Informes de Evolución SEMESTRALMENTE. En los mismos, se debe detallar los logros alcanzados y las necesidades particulares evaluadas. Las necesidades educativas especiales que requieran los niños para el adecuado desenvolvimiento en las actividades escolares, se encuentran contempladas dentro de las Prestaciones Básicas de Personas con Discapacidad (Res. 1328/2006 y 428/99) ÚNICAMENTE en los siguientes módulos:
 - A) Integración escolar con equipo.
 - B) Maestra de Apoyo. Ambos tienen por objetivo la adecuación de la currícula de aprendizaje y la metodología que el docente del colegio debe emplear.
 NO ES UNA ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO. Con la integración escolar se tiende a la inclusión del niño en el aula, razón por la cual el adulto de referencia debe ser su docente y no el acompañante terapéutico.
 El servicio podrá brindarse por MÓDULO de un mínimo de 8 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional. Si el niño con necesidades educativas especiales requiere mayor cantidad de horas de apoyo, el servicio de integración escolar deberá arbitrar los medios para la inclusión integral del niño.



instructivo para la cobertura
de prestaciones básicas



OSPILM

FORMULARIOS

de discapacidad



HOJA DE VERIFICACIÓN

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____

DOCUMENTACIÓN PERSONAL

(para todos los casos)

Marcar con x lo que corresponda

- Certificado Único de Discapacidad (vigente)
- Constancia de alumno regular o nota aclaratoria firmada por el titular en caso de no estar escolarizado.
- Conformidad por las prestaciones (Anexo II)

DEL MÉDICO

Marcar con x lo que corresponda

- Resumen de Historia Clínica.
- Prescripciones Médicas
- Resultado de Estudios

DEL PRESTADOR

Marcar con x lo que corresponda

- Informe de evaluación inicial (sólo en caso de una nueva prestación).
- Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas).
- Plan de abordaje individual.
- Presupuesto.
- Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP).
- Registro Nacional de Prestadores (RNP).
- En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.
- En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M.

En caso de solicitar Apoyo Escolar:

• CON EQUIPO

- Acta Acuerdo.
- Plan de Abordaje Individual con detalle de Adecuación Curricular.

• CON MAESTRA DE APOYO

- Título Habilitante.
- Certificado analítico de materias.

TRANSPORTE

Tildar lo que corresponda

- Conformidad del Diagrama de Traslados.
- Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP).
- Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo.
- Constancia de CBU emitida por el banco.
- Presupuesto.
- VTV, licencia del conductor y póliza de seguro.
- Mapa recorrido.



ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

FECHA: _____

En el día de la fecha, en la ciudad _____ se establece el presente acuerdo entre la Escuela _____ con domicilio sito en _____ representada por _____, la Maestra de Apoyo/el Equipo de Apoyo a la integración Escolar representado por _____ y la familia del alumno _____ con DNI _____ representado por _____ para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año _____ Sala/Grado/Año _____ Turno _____ en los días y Horarios: _____

Periodos: _____

La Institución Educativa y el/la Maestro/a de Apoyo /Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La Institución Educativa y el/la Maestro/a de Apoyo /Equipo de AIE se comprometen a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

..... Firma y sello del responsable de Escuela Común donde se brindará la prestación Aclaración Firma del padre/madre/tutor Aclaración Firma y sello Maestro/a, Equipo AIE Aclaración
---	---	--

instructivo de prestaciones de discapacidad



NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

FECHA: _____

BENEFICIARIO _____ DNI/LC/LE _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja** de la prestación de

(Ej. Psicología, CET, EGB, etc.) con el profesional y/o institución

..... a partir de la fecha

Solicito nueva **alta** de dicha prestación con el profesional y/o institución

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI/LC/LE

SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO

FECHA: _____

BENEFICIARIO _____ DNI/LC/LE _____

Por medio de la presente, informo que por motivos personales durante los meses de

..... del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la prestación

(ej. fonoaudiología, psicología, transporte, EGB, etc.)

con el profesional y/o institución

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI/LC/LE

instructivo de prestaciones de discapacidad



FORMULARIO FIM

FECHA: _____

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurologos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiatra en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la pantalla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Completar todos los datos del formulario.

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre _____

Documento: Tipo _____ N° _____ Edad _____ Sexo _____

Diagnóstico _____

	ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado	1	Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar la comida).	
	2	Aseo Personal (lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes).	
	3	Baño (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama).	
	4	Vestido parte superior (de la cintura hacia arriba así como colocar prótesis/ortesis).	
	5	Vestido parte inferior (de la cinturas hacia abajo, ponerse zapatos, abrocharse y colocarse prótesis/ortesis).	
	6	Uso del baño (mantener la higiene y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata).	
Control de esfínteres	7	Control del intestino (control completo e internacional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación).	
	8	Control de vejiga (control completo e internacional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación).	
Transferencia	9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama.	
	10	Transferencia al baño (sentarse y salir del inodoro).	
	11	Transferencia a la ducha/bañera (entrar y salir de la bañera o ducha).	
Locomoción	12	Marcha/Silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar).	
	13	Escaleras (subir y bajar escalones).	
Comunicación	14	Comprensión. Entendimiento de la comunicación auditiva o visual. (Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
	15	Expresión (Expresión clara del lenguaje verbal o no verbal).	
Conexión	16	Interacción Social (Hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites).	
	17	Resolución de problemas (Resolver problemas cotidianos).	
	18	Memoria (Habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares).	

Instructivo de prestaciones de discapacidad

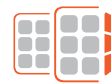


TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

DEPENDIENTE	PUNTUACIÓN
Independiente total.	7
Independiente con adaptaciones.	6
Sólo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Juraday deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Firma y sello del Profesional

Nº Matrícula

Especialidad



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

FECHA DE EMISIÓN: _____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ PólizaNº: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

VIAJE	DOMICILIO DE PARTIDA	DOMICILIO DE DESTINO	Km POR VIAJE	IMPORTE DIARIO	IMPORTE MENSUAL
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una x los días de traslado.

VIAJE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1						
2						
3						

Total Km Mensuales: _____ Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): SI - NO marcar con una x lo que corresponda

Valor del Km: _____ Monto mensual: _____

.....
Firma y sello del Profesional

CONFORMIDAD TRANSPORTE:

FECHA: _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

NÚMERO DE AFILIADO/DNI: _____

Yo con Documento Tipo Nº

doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde hasta

.....
Firma

.....
Aclaración

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Documento

instructivo de prestaciones de discapacidad



PRESUPUESTO GENERAL

FECHA DE EMISIÓN:

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Mail de contacto:

Teléfono:

Beneficiario:

DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar:

Categoría:

Periodo: desde:

hasta:

Almuerzo: (marcar con una x lo respuesta correcta) Sí No

Monto Mensual:

En caso de corresponder:

Dependencia: (marcar con una x lo respuesta correcta) Sí No

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por Sesión:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y Aclaración del Prestador



ANEXO II

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

FECHA: _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yo _____

con Documento Tipo (_____) N° _____, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta: _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta: _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta: _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta: _____

..... Firma Aclaración

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON CAPACIDADES DIFERENTES COMPLETAR

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de _____

Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Mi teléfono es: _____ mi mail es: _____

..... Firma Aclaración Documento

instructivo de prestaciones de discapacidad