CD – CET – Hogares – HD - IR

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
	Documentación Prestacional	
1	Indicación médica	
2	Presupuesto	
3	Conformidad	
4	Informe Inicial	
5	Informe Evolutivo	
6	Plan de Abordaje y Objetivos	
	Documentación de la Institución	
7	Categorización vigente	
8	Habilitación vigente	
9	Seguro vigente	
10	Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud (RNP)	
11	Constancia de AFIP	
12	Constancia de CBU	

DEPENDENCIA: presentar informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.

Para agilizar el trámite de autorización revise y controle la documentación antes de enviarla. Solo se recibirán pedidos con documentación completa según el presente instructivo.

Recepción de documentación para auditoria, autorizaciones:
discapacidad@ospesca.org.ar

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ……/……/20……

Razón Social del Prestador: .....

CUIT: .....

Domicilio dónde realiza la prestación: .....

.....

Correo electrónico: ..... **Teléfono: .....**

Beneficiario: ..... **DNI:.....**

Modalidad prestacional a brindar: .....

Tipo de Jornada: ..... **Categoría: .....**

Periodo desde: ..... **Periodo hasta: .....**

Almuerzo: SI [ ] - NO [ ]

Importe Mensual: $ .....

Dependencia: SI [ ] - NO [ ]

Matrícula anual: .....

Cantidad de sesiones mensuales: ..... **Importe por sesión: $.....**

Cronograma de asistencia

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y aclaración del prestador: .....

CONFORMIDAD DE PRESTACIONAL

Lugar y fecha: .....

Apellido y nombre del beneficiario: .....

DNI o Nro. de Afiliado: .....

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

Prestación	Prestador	Periodo	
		Desde	Hasta

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD 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 detallada/s precedentemente.

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....