



ANEXOS

(Documentación)

ANEXOS (Documentación)

1.1 – Información del beneficiario	2
1.2 - Presupuesto Instituciones Educativas / Apoyo a la Integración Escolar	3
1.3 - Presupuesto Instituciones	4
1.4 - Presupuesto Tratamientos / Maestra de Apoyo	5
1.5 - Presupuesto Transporte Especial	6
1.6 - Nota de solicitud de BAJA/CAMBIO de prestador	7
1.7 - Tabla para valoración de dependencia	8-9
1.8 – Información Bancaria para el cobro de facturación	10
1.9 – Res. 1731/21 ANEXO II – Conformidad Prestaciones para el periodo	11

Anexo 1.1 Información del Beneficiario

• **Datos a completar del paciente**

Apellido y Nombre		
DNI	Nº CUIL	Fecha de Nacimiento
Tipo de afiliación		
Directo () Monotributista () Jubilado () Monotributista social () Servicio Doméstico ()		
Domicilio actual		
Código Postal	Localidad	Provincia
Apellido y Nombre de la madre		
Teléfono de contacto		Correo electrónico de contacto
Apellido y Nombre del padre		
Teléfono de contacto		Correo electrónico de contacto

• **Personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia:**

Vínculo	Nombre y Apellido	DNI	Firma
Beneficiario			
Madre			
Padre			
Otro - especificar			

Fecha...../...../.....

Anexo 1.2 Presupuesto Instituciones Educativas / Apoyo a la Integración Escolar

Fecha de emisión:

Prestador:..... CUIT:.....

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación):

Condición frente a IVA: Inscripto Monotributo Exento

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto Conv. Multilat Exento

Nº IIBB:.....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período Ciclo Lectivo: Año:..... Almuerzo: Si No:

Matricula anual: Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma Responsable de Institución

Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito

precedentemente al beneficiario: DNI:

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

Anexo 1.3 Presupuesto Instituciones

Fecha de emisión:
 Prestador: CUIT:
 Domicilio de atención:
 Teléfono: Mail de contacto:
 Orden de emisión de cheque:
 Entidad Bancaria: (CBU):
 Lugar de Pago (Delegación):

Condición frente a IVA: Inscripto Monotributo Exento

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto Conv. Multilat Exento

Nº IIBB:.....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Desde: Mes Año:..... **Hasta:** Mes Año:.....

Dependencia: Si No Almuerzo: Si No

Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma Responsable de la Institución

Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario: DNI:

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento:

Anexo 1.4 Presupuesto Tratamientos / Maestra de Apoyo

Fecha de emisión:

Prestador: CUIT:

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación):

Condición frente a IVA: Inscripto Monotributo Exento

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto Conv. Multilat Exento

Nº IIBB:

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Prestación / Especialidad:

Desde: Mes Año: **Hasta:** Mes Año:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto Sesión: Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma del Prestador

Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al beneficiario: DNI:

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____
DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

Anexo 1.5 - Presupuesto Transporte Especial

Fecha de Emisión:...../...../.....

Prestador: CUIT:

Domicilio: Teléfono:

Mail de contacto:

Compañía de Seguros: Póliza N°:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación):

Condición frente a IVA: Inscripto Monotributo Exento

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto Conv. Multilat Exento

N° IIBB:.....

Tomó conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante:..... DNI:.....

Prestación a brindar Transporte Especial a:

(Tipo de prestación o institución)

Desde: Mes.....Año:..... **Hasta:** Mes.....Año:.....

IDA:						
Desde:						
Hasta:						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
Km ida						
VUELTA:						
Desde:						
Hasta:						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
Km vuelta						
TOTAL IDA + VUELTA POR DIA						
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Km Ida + Km Vuelta						
TOTAL Km. MENSUALES:.....						

Días mensuales (hasta)..... Viajes mensuales (hasta)..... Monto por Km:.....

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si No Monto mensual:.....

Apoyos.....

Consentimiento

Firma y Aclaración Beneficiario o representante

Firma y Aclaración del Transportista

Subsidios por Discapacidad

Anexo 1.6 Nota de solicitud de BAJA/CAMBIO de prestador

....., de..... de 202.....

Beneficiario causante:

DNI/LC/LE:

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

..... a cargo de
(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día/...../.....
(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito **nueva alta** para subsidio de la prestación de..... ,

a cargo de a partir del día/...../..... y por el
(Nombre del profesional y/o institución)

período..... año.....

Paciente o responsable
Firma
Aclaración
DNI
Vínculo

Anexo 1.7 Tabla para valoración de dependencia

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido del beneficiario causante:

D.N.I:

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	<u>Autocuidado</u>	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		<u>Control de esfínteres</u>	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		<u>Movilidad</u>	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
	11. Traslado en bañera o ducha		
	<u>Ambulación</u>		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
	13. Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo 35 puntos	<u>Comunicación</u>	
14. Comprensión			
15. Expresión			
<u>Conocimiento social</u>			
16. Interacción social			
		17. Solución de problemas	
		18. Memoria	
Total			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Firma y sello del médico tratante / Lic. en Terapia Ocupacional

Fecha...../...../.....

ANEXO 1.8 - INFORMACION BANCARIA PARA EL COBRO DE FACTURACIÓN

RAZON SOCIAL O NOMBRE Y APELLIDO DEL PRESTADOR:.....
TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO:.....
NRO. DE CUIT (COINCIDENTE CON LA FACTURACION):.....
NRO. DE CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO:.....
BANCO:.....
CBU (CORRESPONDIENTE AL CUIT DE LA FACTURACION):.....
DIRECCION DE MAIL DE CONTACTO:.....
FECHA:...../...../.....

FIRMA.....

ACLARACION:.....

FECHA:.....

*RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO O ADJUNTAR EL
COMPROBANTE DE CBU IMPRESO DEL BANCO, ATENTO QUE EL
UNICO MEDIO DE PAGO SERÁ LA TRANSFERENCIA BANCARIA.*

CONFORMIDAD

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 _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:Aclaración:

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 detalladas precedentemente.

Firma:Aclaración:

Documento: