



**OBRA SOCIAL**  
PERSONAL DE DRAGADO Y BALIZAMIENTO  
RNOS 1-2870-6

# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD

2025

**Correo: [discapacidad.ospedyb@gmail.com](mailto:discapacidad.ospedyb@gmail.com)**

**Tel.: 011 5351 - 4649 (Int. 101)**

---

**Piedras 1693 - (C.P. C1140ABI) - C.A.B.A.**

CONTENIDO DEL INSTRUCTIVO

# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Procedimiento</b>	<b>2</b>
<b>Prestaciones</b>	<b>3</b>
<b>Facturación</b>	<b>4</b>
<b>Documentación obligatoria prestadores</b>	<b>5</b>
<b>Documentación obligatoria familias</b>	<b>10</b>
<b>Planillas</b>	<b>11</b>

## ¿Qué entendemos por discapacidad?

Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Indica los aspectos negativos de la interacción entre una persona y sus factores contextuales.

La discapacidad aparece cuando tengo que estar en igual de condiciones que otro.

En OSPEDYB buscamos la inclusión, la accesibilidad e igualdad de condiciones.

**Solicitamos que lea atentamente la información que se proporciona en este documento. La autorización a las prestaciones se encuentra sujeta a los requisitos que se mencionan en el instructivo. La Obra Social podrá solicitar documentación extra de creerlo necesario.**

## **AUTORIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN**

El envío de la documentación no implica la autorización de la prestación. La documentación enviada se encuentra sujeta a un análisis de evaluación por parte de nuestro *Equipo Interdisciplinario* y el sector de auditoría administrativa en discapacidad.

**NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES ANTERIORES AL MES AUTORIZADO.**

## **¿DÓNDE ENVÍO LA DOCUMENTACIÓN?**

La documentación debe enviarse por correo electrónico. La misma debe estar ordenada, clara y legible. En el correo deberá indicar NOMBRE COMPLETO y DNI del beneficiario.



**discapacidad.ospedyb@gmail.com**



## PRESTACIONES

Se brindará una **cobertura total** de las prestaciones básicas que se mencionan en la **Ley 24.901**.

**Para solicitar prestaciones de discapacidad, primero debe mantener una entrevista con nuestro Equipo Interdisciplinario.**

**Prestaciones contempladas por la Superintendencia de Servicios Salud:**

- Centro de día.
- CET (centro educativo terapéutico).
- Escuela especial.
- Estimulación temprana (1-6 años de edad).
- Prestación de apoyo. Incluye todas las terapias con un límite de 35 sesiones mensuales. Cada sesión debe durar al menos 45 minutos. No se aceptará que se realicen 2 sesiones consecutivas en un mismo día, de la misma terapia, para cumplir con el tiempo establecido.
- Módulo de Maestro/a de Apoyo. Un máximo de 80 horas mensuales.
- Maestro/a de Apoyo. Un máximo de 32 horas mensuales. Se factura por hora.
- Módulo de Apoyo a la Integración Escolar. Un mínimo de 8 horas y un máximo de 20 horas semanales.
- Módulo Integral Simple.
- Módulo Integral Intensivo.
- Transporte. Un mínimo de 12km diarios y un máximo de 1500km mensuales. Se solicitará documentación respaldatoria si se supera el tope máximo establecido.
- Dependencia. Se aplica solo a algunas prestaciones. El beneficiario/a debe tener 6 años o más.



## FACTURACIÓN

- Las facturas se reciben del **1 al 10 de cada mes, sin excepción.**
- Cada factura debe ser presentada con la documentación respaldatoria correspondiente (factura y planilla de asistencia).
- Solo se aceptarán facturas por prestaciones brindadas en los 2 meses anteriores al mes en curso. Por ejemplo: del 1 al 10 de octubre se recibirán facturas por prestaciones de agosto y septiembre. No se aceptarán facturas por fuera de los plazos establecidos por la SSSalud.
- En caso de querer consultar por el estado de un pago, debe enviar por correo el monto recibido y fecha de transferencia para localizar el pago de la misma. La consulta debe ser dirigida a **tesoreria@ospedyb.com.ar**

***Por dudas o consultas, escribir a  
discapacidad.ospedyb@gmail.com***



# DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA PARA LOS PRESTADORES

## Prestaciones de Apoyo - Módulo Integral Simple e Intensivo - Estimulación temprana.

- Conformidad prestacional.
- Consentimiento.
- Informe de evaluación inicial individual de cada profesional.
- Informe evolutivo de la prestación brindada en el año anterior.
- Plan de tratamiento. Debe incluir: periodo, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención.
- Cronograma prestacional.
- Presupuesto de la prestación acorde al nomenclador de prestaciones de la SSSalud (semanal y mensual).
- Una vez iniciada la prestación, deben enviar un informe evolutivo de la misma en el mes de julio.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios Salud (RNP) del prestador y/o institución.
- Constancia de inscripción ante ARCA (constancia de C.U.I.T.).
- Información bancaria (constancia de CBU).
- Seguro de mala praxis.
- Categorización del Centro.
- Planilla de Alta Prestador.



## Transporte

- Conformidad prestacional.
- Presupuesto del transporte con el cronograma de traslados.
- Copia de Google Maps con el recorrido a realizar.
- Información bancaria (constancia de CBU).
- Habilitación municipal.
- Póliza de seguro.
- Verificación Técnica Vehicular (VTV).
- Licencia de conducir.
- DNI del transportista.
- Copia de inscripción en ARCA.
- Antecedentes penales del conductor.

## Hospital de día – Centro de día – Centro educativo terapéutico

- Planilla Alta Prestador.
- Informe de evaluación inicial.
- Plan de tratamiento individual.
- Presupuesto prestacional.
- Categorización para la prestación que brinda.
- Habilitación municipal.
- Copia del seguro de mala praxis.
- Copia de inscripción en ARCA.
- Información bancaria (constancia de CBU).



## **Educación inicial - Educación general básica**

- Planilla Alta Prestador.
- Constancia de alumno regular (CAR).
- Informe de evaluación inicial.
- Plan de tratamiento.
- Presupuesto prestacional.
- Categorización para la prestación que brinda.
- Copia del seguro de mala praxis.
- Copia de inscripción en ARCA.
- CUE (Código Único de Establecimiento).
- Información bancaria (constancia de CBU).

## **Formación laboral y/o rehabilitación profesional**

- Planilla Alta Prestador.
- Constancia de alumno regular (CAR).
- Informe de evaluación inicial.
- Plan de tratamiento.
- Presupuesto prestacional.
- Categorización para la prestación que brinda.
- Copia del seguro de mala praxis.
- Copia de inscripción en ARCA.
- CUE (Código Único de Establecimiento).
- Información bancaria (constancia de CBU).



## Módulo de Apoyo a la Integración Escolar

- Planilla Alta Prestador.
- Constancia de alumno regular (CAR).
- Plan de tratamiento.
- Acta acuerdo firmada por todos los profesionales intervenientes.
- Informe de evaluación inicial.
- Título habilitante con su correspondiente analítico.
- Presupuesto prestacional.
- Categorización para la prestación que brinda.
- Copia del seguro de mala praxis.
- Copia de inscripción en ARCA.
- Información bancaria (constancia de CBU).

## Módulo de Maestro de Apoyo

- Planilla Alta Prestador.
- Constancia de alumno regular (CAR).
- Plan de tratamiento.
- Acta acuerdo firmada por todos los profesionales intervenientes.
- Informe de evaluación inicial.
- Título habilitante con su correspondiente analítico.
- Presupuesto prestacional.
- Categorización para la prestación que brinda.
- Copia del seguro de mala praxis.
- Copia de inscripción en ARCA.
- Información bancaria (constancia de CBU).
- RNP (casos de psp y psi con tramo de formación docente).



## Prestación cuidador domiciliario

- Informe de evaluación inicial.
- Plan de tratamiento individual.
- Título habilitante con su correspondiente analítico.
- Presupuesto prestacional.
- Copia del seguro de mala praxis.
- Copia de inscripción en ARCA.
- Constancia de antecedentes penales.
- Información bancaria (constancia de CBU).

## Hogar – Pequeños hogares – Residencias

- Planilla Alta Prestador.
- Plan de tratamiento individual.
- Presupuesto prestacional.
- Categorización para la prestación que brinda.
- Copia del seguro de mala praxis.
- Copia de inscripción en ARCA.
- Información bancaria (constancia de CBU).



## DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA PARA LAS FAMILIAS

- CUD (Certificado Único de Discapacidad vigente).
- Copia del DNI (frente y dorso) del/la titular y el/la beneficiario/a.
- Copia de la credencial del/la titular y el/la beneficiario/a.
- CODEM de Anses actualizado.
- Constancia de empadronamiento vigente en la SSSalud.
- Orden médica con solicitud de prestación. No se aceptará una orden médica realizada por un médico de la institución donde se efectuarán las prestaciones. La misma debe contener: **fecha, datos afiliatorios, diagnóstico, periodo prescripto, especialidad, modalidad prestacional y concurrencia (jornada simple/doble), firma y sello de/la profesional, la matrícula debe estar legible.**
- RHC (resumen de historia clínica).
- Planilla de datos socio familiares.
- Planilla de solicitud de prestaciones.
- Tabla FIM (médico tratante con especialidad inherente al diagnóstico y/o terapista ocupacional) en el caso de solicitar dependencia para la prestación.



## PLANILLA ALTA DE PRESTADOR

Estimado/a: para poder identificarlo como profesional, prestador o proveedor deberá completar lo siguiente:

NOMBRE DE FANTASÍA	
RAZÓN SOCIAL	
C.U.I.T	
CONDICIÓN DE IVA	
RÉGIMEN DE GANANCIAS	
SITUACIÓN IIBB	
CBU	
DOMICILIO	
CÓDIGO POSTAL	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	
ESPECIALIDAD	
DELEGACIÓN A LA QUE CORRESPONDE	
CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO	
DETALLE DEL CONCEPTO A FACTURAR (tipo de prestación)	
FORMA DE PAGO	<i>*De acuerdo a los plazos establecidos por la SSSalud.</i>

Además, deberán adjuntar la siguiente documentación:

1. Constancia de inscripción en ARCA (actualizada).
2. Constancia de inscripción en IIBB.
3. Certificado de Exclusión en IIBB – IVA – Ganancias (en caso de corresponder).
4. Póliza del seguro de mala praxis.
5. Inscripción como prestador ante la SSSalud / inscripción en ANDIS (según corresponda).
6. Constancia de CBU con datos de CTA CTE.

**EL PRESTADOR SE COMPROMETE A PRESENTAR LOS RECIBOS CANCELATORIOS DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR OSPEDYB (Obra Social del Personal de Dragado y Balizamiento).**

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

FIRMA Y SELLO

**DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES**  
**PLAN DE TRATAMIENTO**  
**CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de jornada (Simple o Doble): \_\_\_\_\_ Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_

Matrícula (\$): \_\_\_\_\_ Monto mensual (\$): \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de asistencia:

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

Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Responsable de Institución \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO**

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

DNI: \_\_\_\_\_ Nro Beneficiario: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Firma Beneficiario o representante: \_\_\_\_\_ DNI Firmante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

## Acta Acuerdo 2025

### Apoyo a la Integración Escolar

Completar todos los campos del Formulario

Fecha

En el día de la fecha, en la ciudad

de.....

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/Acompañante terapéutico

representada por .....y la familia

del niño/a.....

con DNI

para llevar a cabo la Integración del niño/a en el

Año/Sala..... Turno.....

En los Horarios

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Desde \_\_\_\_\_

Hasta \_\_\_\_\_

#### La Institución educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de AIE/A.T se compromete a:

- Atender al niño 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 fina en forma interdisciplinaria.

#### La Familia se compromete 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.

La continuidad del alumno en el Proyecto de Integración escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes, en forma conjunta, podrán considerar toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

#### La no continuidad del proyecto podrá darse por:

- Incumplimiento de los ítems mencionados ut-supra
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
- Modificaciones importantes en la conducta.

Firma y sello de  
La Escuela Común  
Donde se realiza la  
Integración

Firma del Padre/  
Madre/Tutor

Firma y sello de  
Maestra/Equipo de  
AIE/A.T

Aclaración.....

Aclaración.....

Aclaración.....

## **CONFORMIDAD PRESTACIONAL 2025**

Fecha: .... / .... / .....

Apellido y nombre del afiliado/a:

Número de Afiliado:

Yo ..... con N° DNI .....

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: ..... Cuit N° .....

Periodo de la prestación: desde ..... hasta .....

### **2. Prestación:**

Prestador: ..... Cuit N° .....

Periodo de la prestación: desde ..... hasta .....

### **3. Prestación:**

Prestador: ..... Cuit N° .....

Periodo de la prestación: desde ..... hasta .....

### **4. Prestación:**

Prestador: ..... Cuit N° .....

Periodo 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 mi conformidad a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....



## **CRONOGRAMA DE ASISTENCIA 2025**

## **DECLARACIÓN JURADA**

.....De .....20...

Para hacer un seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, les solicitamos que complete el cronograma, indicando:

- a) En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y finalización.
  - b) En los ítems DÍAS, el día en el que recibe la prestación y el nombre de la misma.

Nombre y apellido del beneficiario que recibirá las prestaciones:

Tipo y número de documento: (marcar con una X lo que corresponda)

LC  DNI  LE  PAS  N°.....

Periodo desde..... a.....

Cantidad de prestaciones: .....

Cantidad de horas semanales de prestación: .....

Declaro que los datos consignados son fehacientes y se ajustan a la realidad

Firma del Padre/Madre/Tutor

## Aclaración

N° DNI:

## Informe semestral 2025

Fecha:

Afiliado:

DNI:

Semestre informado:

Prestación- especialidad (en caso de ser módulo integral (simple- intensivo) deberá ser integral:

Evolución:

¡Se mantuvo contacto con el equipo tratante?

¿Se realizó abordaje familiar?

Firma y sello de los profesionales o responsable de la Institución

Firma del parente/madre/tutor:

## Modelo de RHC de discapacidad 2025

Nombre y Apellido del paciente:

.....

Fecha de nacimiento: ..... Edad: .....

DNI: ..... N° de beneficiario .....

Nacionalidad: .....

Nombre y apellido del profesional solicitante de las prestaciones:

.....

Teléfono de contacto: .....

Mail de contacto: .....

N° de historia clínica: .....

Profesional que presta los servicios en (Nombre del prestador de Cartilla):

.....

Diagnóstico: .....

Diagnóstico de acuerdo a CUD: .....

Plan terapéutico indicado: (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas que llevará durante el tratamiento):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Justificación médica de las prestaciones solicitadas

**Dependencia:**      Sí      No      (tachar lo que no corresponda)

Sí      No

(tachar lo que no corresponda)

Justificación clínica de la dependencia (especificando puntaje en escala FIM):

Periodo: de..... a.....

AÑO:.....

Firma y Sello del Médico Tratante

**TABLA FIM 2025**

Paciente:  
DNI:

Edad:  
Diagn:

Fecha:

	INDEPENDENCIA COMPLETA	
	INDEPENDENCIA C/ADAPTACIONES	
<b>DEPENDENCIA PARCIAL</b>		
	SUPERVISIÓN	
	MÍNIMA ASISTENCIA (SUJETO = 75% O MÁS)	
	MODERADA ASISTENCIA (SUJETO = 50% O MÁS)	
<b>DEPENDENCIA COMPLETA</b>		
	MAXIMA ASISTENCIA (SUJETO= 25% O MÁS)	
	ASISTENCIA TOTAL (SUJETO= 0%)	
<b>CUIDADO PROPIO</b>		<b>PUNTAJE</b>
A	COMIDA	
B	ASEO	
C	BAÑO	
D	VESTIMENTA PARTE ALTA DEL CUERPO	
E	VESTIMENTA PARTE BAJA DEL CUERPO	
F	TOILETTE	
<b>CONTROL DE ESFINTER</b>		
G	MANEJO DE VEJIGA	
H	MANEJO DE INTESTINO	
<b>MOVILIDAD – TRANSFERENCIA</b>		
I	CAMA, SILLA, SILLA DE RUEDAS	
J	TOILETTE	
K	DUCHA	
<b>LOCOMOCIÓN</b>		
L	CAMINA/SILLA DE RUEDAS	
M	ESCALERAS	
<b>COMUNICACIÓN</b>		
N	COMPRENSIÓN	
O	EXPRESIÓN	
<b>CONEXIÓN SOCIAL</b>		
P	INTERACCIÓN SOCIAL	
Q	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
R	MEMORIA	
<b>TOTAL</b>		
Firma.....		

## FORMULARIO FIM CUALITATIVO (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL) DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragarse la comida. Especifique el grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

.....  
.....  
.....

2. ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y / o preparación de los elementos de higiene?

.....  
.....  
.....

3. HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

.....  
.....  
.....

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....  
.....  
.....  
.....

5. VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse etc

.....  
.....  
.....

6. USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

.....  
.....  
.....

7. CONTROL DE INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo de catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

.....  
.....

8. CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

.....  
.....  
.....

9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

.....  
.....  
.....

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

.....  
.....  
.....

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

.....  
.....  
.....

12. MARCHA / SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

.....  
.....  
.....

13. ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.

.....  
.....  
.....

14. COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

.....  
.....  
.....

15. EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....  
.....  
.....

16. INTERACCIÓN SOCIAL: Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y

terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

.....  
.....  
.....

17. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: implica resolver problemas cotidianos.

.....  
.....  
.....

18. MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

.....  
.....  
.....

EVALUACIÓN GLOBAL: Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

Formulario a completar por médico tratante o Lic en Terapia ocupacional.

Fecha :..../...../...

**Firma y sello del profesional**

**Mail de contacto de profesional:**

**Teléfono de contacto de profesional:**

### Planilla de Datos Socio familiares 2025

#### Datos del Titular

Apellido y Nombre.....

Domicilio.....

Localidad ..... Teléfono \_\_\_\_\_

#### Datos del Beneficiario/a

Apellido y Nombre ..... Edad \_\_\_\_\_

Domicilio.....

Localidad ..... Fecha: \_\_\_\_\_

Prestaciones solicitada.....

#### Grupo Familiar Conviviente

Nombre y Apellido

Edad

Vinculo

Ocupación

Días y Horarios


#### Grupo Familiar No Convivente y red social ampliada

Nombre y Apellido

Edad

Vinculo

Ocupación

Días y Horarios


**Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.**

**Firma y aclaración del titular de la obra social**



## **PLANILLA UNICA DE ASISTENCIA MENSUAL 2025**

**La presente tiene carácter de declaración Jurada**

**La planilla se firma sobre prestaciones brindadas. Si el paciente no asiste no se firma. No se firma por adelantado.**

APELLIDO Y NOMBRE BENEFICIARIO	
DOCUMENTO BENEFICIARIO	
RAZÓN SOCIAL	
Nº DE FACTURA RELACIONADA	
TIPO DE PRESTACIÓN	
PERÍODO (MES Y AÑO)	

CANTIDAD TOTAL DE HS/SESIONES/KM. MENSUAL: .....

**Firma y sello PRESTADOR**

**Firma y DNI del AFILIADO**

Presupuesto de: Acompañante Terapéutico/Cuidadora Domiciliaria.  
2025



Lugar de Emisión..... Fecha

**Datos del Afiliado**

Nombre y Apellido ..... N° DNI

**Datos del Prestador**

Nombre y Apellido / Razón Social.....

Domicilio REAL donde se brinda la prestación

.....

Teléfono  Email.....

CUIT N°  Ingresos Brutos

Condición frente al IVA .....

Presenta Certificado de Antecedentes Penales actualizado: Si No

Grado Máximo de Educación: Secundario Terciario: Universitario:

En caso que la titulación de AT sea por Curso: Adjuntar documentación respaldatoria: Si No

N° de CUE de la Institución:

**Datos de la Prestación**

Periodo.....Desde  Hasta  Año

Cantidad de Horas Diarias  Cantidad de Horas Semanales  Cantidad de Horas Mensuales\$

Valor Hora \$

Importe Mensual \$

Firma, Aclaración y Sello del  
Profesional

## Equipo de Apoyo a la Integración escolar 2025

### PRESUPUESTO hoja 1

Lugar de emisión ..... Fecha \_\_\_\_\_

#### Datos del Afiliado/a

Nombre y Apellido ..... N° DNI \_\_\_\_\_

#### Datos de la Prestación

Prestación / Especialidad: **Equipo de Apoyo para la integración escolar**

Periodo      Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Cantidad de horas mensuales \_\_\_\_\_ Monto Mensual \$ \_\_\_\_\_

#### Datos del Prestador

Nombre.....

Domicilio.....

Teléfono \_\_\_\_\_ Email.....

CUIT N° \_\_\_\_\_ Condición frente al IVA.....

Cheque a la orden de .....

#### Actividad Áulica

Institución en la que se brindara la Prestación – Escuela:.....

Sita en Calle..... N° \_\_\_\_\_ de la Ciudad de.....

Días y Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde _____				
Hasta _____				

#### Actividad Extra Áulica

Conformidad del equipo profesional interviniente:

1. Nombre y Apellido: .....

Título profesional: .....

Objetivo de la intervención.....

.....

.....

.....

**Equipo de Apoyo a la Integración escolar**

Completar todos los campos del Formulario

**PRESUPUESTO hoja 2**

2. Nombre y Apellido:.....

Título profesional:.....

Objetivo de la intervención:.....

.....

.....

.....

3. Nombre y Apellido:.....

Título profesional:.....

Objetivo de la intervención:.....

.....

.....

.....

Domicilio real donde se brindara la prestación, sito en Calle ..... N° .....

De la Ciudad de.....

Días y Horarios

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Desde

Hasta

Firma, Aclaración y Sello

Del Profesional – directivo

De la Institución

## ANEXO III

### MODELOS DE PLANILLAS 2025

#### PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Razón social del prestador \_\_\_\_\_

CUIT \_\_\_\_\_

Domicilio donde se realiza la prestación \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Modalidad prestacional a brindar \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar \_\_\_\_\_ categoría \_\_\_\_\_

Periodo desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Almuerzo SI – No

Monto mensual \_\_\_\_\_

En caso de corresponder

Dependencia SI – No

Matricula 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: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del prestador.

### PRESUPUESTO TRANSPORTE 2025

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Razón social del prestador \_\_\_\_\_

CUIT \_\_\_\_\_

Mail de contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Periodo 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:** marca con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km mensual: \_\_\_\_\_

Adicional dependencia 35% (sujetó a evaluación) SI-NO

Valor del Km \_\_\_\_\_

Monto mensual \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del transportista

#### CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número del afiliado/ DNI:

Yo..... Con documento tipo (.....) N°

..... doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo 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 autorizo el diagrama de traslados.

Firma.....

Aclaración.....

Documento.....

# Solicitud de Prestaciones 2025



Lugar y fecha.....

Tengo el Agrado de dirigirme a usted con el propósito de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas:

Para tal fin, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

## Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido..... Edad:

Domicilio de residencia actual.....

...Ciudad..... Provincia .....

Nº de Afiliado  Tipo de Afiliado: Relación de Dependencia  Monotributista  Adherente

Grado de parentesco con el titular.....

## Datos del Beneficiario Titular

Nombre y Apellido ..... Nº de Afiliado

Domicilio de residencia actual.....

Ciudad..... Provincia ..... CP

Nº de CUIL  Teléfono

Email.....

Declaro que los datos volcados en el presente formulario son exactos y revisten carácter de **Declaración Jurada.**

Firma del Titular

Aclaración:.....

DNI:.....