

Instructivo para Hogar, Hogar con centro de día, Hogar con Cet, permanente o de lunes a viernes

(sólo para hogares categorizados por la ANDIS)

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

OBSERVACIÓN: Al Resumen de Historia Clínica de Discapacidad se deberá adjuntar un Informe Social elaborado por Lic. En Trabajo Social que no pertenezca a la Institución. El mismo deberá justificar la imposibilidad de continencia familiar.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación. <https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser el mes anterior a la internación en el hogar)

1. Prescripción médica

**RP/
Nombre y Apellido:
DNI**

Solicito: HOGAR, TIPO DE JORNADA

PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2020
Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2019

Fecha: 30/12/2019

- Informe evolutivo del año 2019 - (en caso de que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2019)
- Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica).
 - Objetivos a corto y mediano plazo
 - Modalidad de abordaje
 - Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
- Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
- Habilitación
- Seguro de la institución

8. Constancia de opción / inscripción en la Afip
9. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (**socios privados/particulares exentos de esta presentación**)
10. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001--004 y 006** (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal)

Fecha: _____

Actualización de datos

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra ial:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

PRESTACIONES INSTITUCIONALES

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

PRESTACIÓN: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

Categoría: A B C **Prestación con dependencia:** SI NO

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2020

VALOR DE LA SESIÓN: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del
 prestador _____ con CUIT N° _____ a
 efectuarse en el domicilio _____ en la localidad de
 _____ durante el período de _____ hasta _____ 2020.

Firma de la persona que asistirá al Hogar: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Directivo/Responsable de la Institución: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

PLANILLA N° 004

En caso de que el socio sea de Galeno privado esta información es del socio titular donde se reintegrara la prestación

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ___/___/___

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

❖ **Caja de Ahorro N°:** _____

❖ **CBU:** _____

❖ **Banco Emisor:** _____

❖ **E-mail:** _____

❖ **Confirmar E-mail:** _____

ESTOS DATOS SOLO TIENEN VALIDEZ CON LA PRESENTACION DEL EXTRATO BANCARIO QUE LOS CERTIFIQUE

Firma y sello de Profesional

Aclaración

DNI