

Instructivo para RESIDENCIA

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

A través de las actividades que se desarrollen se procurará alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- a) Lograr la máxima independencia personal.
- b) Adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social.
- c) Integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia.
- d) Evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional.
- e) Desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.
- f) Apoyar y orientar a la familia.
- g) Implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades

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

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de tratamiento)

1. Prescripción médica

**RP/
Nombre y Apellido:
DNI**

Solicito: RESIDENCIA

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

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002)
3. Informe evolutivo del año 2019 - (en caso de que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2019)
4. 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).
5. Objetivos a corto y mediano plazo
6. Modalidad de abordaje
7. Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
8. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad

9. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
10. Habilitación
11. Seguro de la institución
12. Constancia de opción / inscripción en la Afip
13. 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**)
14. 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 social:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

PRESTACIONES INSTITUCIONALES//EDUCATIVAS

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: _____

TIPO DE JORNADA: SIMPLE DOBLE **Categoría:** A B C **Prestación con dependencia:** SI NO **CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS****DÍAS Y HORARIOS:**

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 del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Directivo Responsable de la Institución: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

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