

[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 encontrará 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. EJEMPLO DE ORDEN MEDICA

**RP/  
Nombre y Apellido:  
DNI**

**Solicito: HOGAR, TIPO DE JORNADA**

**PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2023**  
**Diagnostico:**

**FECHA: debe ser anterior al comienzo de la  
Prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2022**

**Fecha: 30/12/2022**

2. Resumen de historia clínica completo **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 012)
3. Informe evolutivo del año 2022 - (en caso de que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2022)
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).
  - o Objetivos a corto y mediano plazo
  - o Modalidad de abordaje
  - o Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
5. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
6. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
7. Habilitación
8. Seguro de la institución
9. Constancia de opción / inscripción en la Afip
10. 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**)
11. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-004-006 y 012** (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal)

**Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)**

Fecha: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Adjuntar extracto de constancia de CBU para validar esta información

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte /  
Responsable de la Institución

\_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ 2023.

VALOR MENSUAL: \_\_\_\_\_ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**

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 \_\_\_\_\_ 2023.

Firma del Titular: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

Firma y sello del Directivo Responsable de la Institución: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Resumen de Historia Clínica**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ N° DE DNI: \_\_\_\_\_

DIAG. SEGÚN CUD: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:** (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESTADO ACTUAL:** (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del médico tratante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_