

Prestaciones para personas con discapacidad

MODIFICACIÓN O NUEVA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021

En aquellos casos que se solicite una NUEVA prestación o que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales tratantes/prestadores consideren que debe hacerse una MODIFICACIÓN del Plan de Abordaje que se encontraba recibiendo en el período 2020, deberá presentarse la siguiente documentación:

<u>La Persona con Discapacidad, familiar responsable/figura de apoyo:</u>

- Conformidad de Prestación, según modelo detallado (Pág. 3-4 y para Transporte especial Pág. 5)
- -Orden Médica, confeccionada por médico tratante. -
- -Resumen de Historia Clínica, confeccionada por médico tratante.

- Apoyo a la Inclusión Educativa, deberá presentar:

Constancia de alumno regular, emitida por la escuela común.

Acta Acuerdo, firmada por el familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

La documentación requerida para Inclusión Educativa, deberá ser remitida dentro del plazo posible considerando las medidas de ASPO/DISPO.

El Prestador: - Plan de Abordaje período ASPO 2021. Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas.

Adaptación curricular en caso de corresponder, confeccionado por el profesional/equipo que lleve a cabo la Integración.

- Presupuesto.

Para la prestación de Transporte,

el Presupuesto deberá especificar la modalidad de asistencia brindada; alimentaria, material didáctico, etc o presencial, según habilitación jurisdiccional. —

Documentación del prestador, según corresponda a cada prestación. - Dependencia, en caso de corresponder deberá presentarse la escala FIM confeccionada por el prestador o médico tratante.



Cuando se solicite una NUEVA prestación o una MODIFICACIÓN, lo modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social haya confeccionado para la solicitud de prestaciones del año 2020.

En aquellos casos que la solicitud de cobertura de prestaciones de discapacidad se realice por primera vez, la Obra Social podrá solicitar documentación respecto de su certificación de persona con discapacidad, afiliación, etc.



Fecha:/....../ Apellido y nombre del beneficiario: SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR: Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de...... Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente. Firma: Aclaración: Domicilio: Afiliado: continuación: Tipo de prestación: Prestador: Modalidad: (presencial/virtual) Tipo de prestación: Prestador: Modalidad: (presencial/virtual)_____ Tipo de prestación: _____ Prestador: Modalidad: (presencial/virtual) Firma: Aclaración:

Domicilio:

CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021



SI EL FIRMANTE ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR

Yo	con Documento Tipo () №
, doy mi conformidad respect aislamiento social, preventivo y obligatorio o dista	
año 2021. Dejo constancia que me han explicado e comprendido las alternativas disponibles en relacion	·
Tipo de prestación:	
Prestador:	
Modalidad: (presencial/virtual)	
Tipo de prestación:	
Prestador:	
Modalidad: (presencial/virtual)	
Tipo de prestación:	
Prestador:	
Modalidad: (presencial/virtual)	
Firma:	
Aclaración:	
Domicilio:	



INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes _____ de 2021

Apellido y Nombre del beneficiario:
Número de Afiliado:
Número de DNI:
PERÍODO ASPO / DISPO 2020 ¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?
□ SÍ □ NO MOTIVO:
¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte?
¿Qué tipo de asistencia brindó? TRASLADO DE: ALIMENTOS MATERIAL DIDÁCTICO OTROS
PERÍODO APSO / DISPO 2021
PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA TRASLADO DE □ ALIMENTOS
PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA □ MATERIAL DIDÁCTICO
PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA □ OTROS
FIRMA:
ACLARACIÓN:
DNI DEL PRESTADOR:



DISCAPACIDAD - TRANSPORTE DIAGRAMA DE TRASLADOS CONSENTIMIENTO

ocalidad / Provincia: Teléfono: flombre Beneficiario NI: RASLADOS PARTIDA DESTINO VIAJES/DIA KM/VIAJE IMP(\$)/KM IMP(\$) Dependencia (\$\text{N}\$): Monto mensual (\$\text{S}\$) Periodo traslados, Desde: Hasta: Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Observaciones Firma Responsable del Transporte Acharación: CONSENTIMIENTO for la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al teneficiario:							
cocalidad / Provincia: Teléfono: Combre Beneficiario	tazón Social del prestac	dor:					
iombre Beneficiario PII: RASLADOS PARTIDA DESTINO VIAJES/DIA KM/VIAJE IMP(S)/KM IMP(S)/KM DIARIC Monto mensual (S) Periodo traslados, Desde: Hasta: Pronograma de traslados: (marcar con una cruz los dias de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Observaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO for la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al teneficiario: NII: Nro Beneficiario: Aclaración: Aclaración:	Domicilio:						
PARTIDA DESTINO VIAJES/DIA KM/VIAJE IMP(S)/KM IMP(S) Dependencia (S/N): Monto mensual (S) Período traslados, Desde: Hasta: Período traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Observaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: ZONSENTIMIENTO for la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al teneficiario: NII: Nro Beneficiario: Nro Beneficiario: Aclaración:	ocalidad / Provincia:					Teléfono:	
PARTIDA DESTINO VIAJES/DIA KM/VIAJE IMP(\$)/KM IMP(\$) Dependencia (\$\text{S/N}\$): Monto mensual (\$\text{S}\$) Periodo traslados, Desde: Tronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Observaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al seneficiario: NIC Beneficiario: NIC Beneficiario: Aclaración:	Nombre Beneficiario						
PARTIDA DESTINO VIAJES/DIA KM/VIAJE IMP(S)/KM IMP(S) DIARIC Dependencia (S/N): Monto mensual (S) Periodo traslados, Desde: Hasta: Pronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Dibbservaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al deneficiario: NTO Beneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:	ONI:						
PARTIDA DESTINO VIAJES/DIA KM/VIAJE IMP(S)/KM IMP(S) DIARIC Dependencia (S/N): Monto mensual (S) Periodo traslados, Desde: Hasta: Pronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Dibbservaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al deneficiario: NTO Beneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:	TRASLADOS						
Dependencia (S/N): Periodo traslados, Desde: Periodo traslados, Desde: Pronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado		DEST	INO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$)
Periodo traslados. Desde: Hasta: Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los dias de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Observaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al teneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:							DUNKE
Periodo traslados. Desde: Hasta: Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los dias de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Observaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al teneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:							
ronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado baservaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al ieneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:							
ronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado baservaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al ieneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:							
Principal de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Observaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al teneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:							
ronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslado) DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado baservaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al ieneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:	American de Comp			8		OR'S	
Poservaciones DIAS Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado	ependencia (S/N).	166			Monto mensua	(3)	
DIAS Lunes Martes Mièrcoles Jueves Viernes Sàbado Observaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al seneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:	eriodo traslados, Dese	de:			Hasta:		
DIAS Lunes Martes Mièrcoles Jueves Viernes Sàbado Observaciones Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al seneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:				Access to the			
Firma Responsable del Transporte Aclaración: ONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al eneficiario: NI: Nro Beneficiario: Aclaración:	ronograma de trasiado	s: (marcar con una	cruz los dias	de traslado)			
Firma Responsable del Transporte Aclaración: ONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al eneficiario: NI: Nro Beneficiario: Aclaración:	DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Firma Responsable del Transporte Aclaración: ONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al eneficiario: NI: Nro Beneficiario: Aclaración:							
Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al eneficiario: NI: Nro Beneficiario: Aclaración:							1141114
Firma Responsable del Transporte Aclaración: CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al seneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:							
CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al Beneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:							
CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al Beneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:	Observaciones						
CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al Beneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:	8			d c			
CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al Beneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:		-					
CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al Beneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:	8						
CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al Beneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:	- 23						
CONSENTIMIENTO For la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al Beneficiario: NTO Beneficiario: Aclaración:	25						
consentimiento for la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al deneficiario: Nro Beneficiario: Aclaración:	85						
or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al seneficiario: Nro Beneficiario: Aclaración:	Observaciones						
or la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al seneficiario: Nro Beneficiario: Aclaración:	Observaciones	able del Transporte				Aclaración:	
Seneficiario: Nro Beneficiario: Aclaración:	Observaciones Firma Respons	50	* 2			Aclaración:	
Nro Beneficiario: Aclaración:	Observaciones Firma Respons	50				Aclaración:	
Aclaración:	Diservaciones Firma Respons CONSENTIMIEN	то					
Aclaración:	Pirma Respons CONSENTIMIEN For la presente dejo con	то					
	Pirma Respons CONSENTIMIEN Por la presente dejo con Beneficiario:	TO stancia de mi conse	entimiento al	esquema de transp			
	Pirma Respons CONSENTIMIEN Por la presente dejo con Beneficiario:	TO stancia de mi conse	entimiento al	esquema de transp			
	Firma Respons CONSENTIMIEN Por la presente dejo con Beneficiario:	TO stancia de mi conse	entimiento al	esquema de transp			
	Firma Respons CONSENTIMIEN Por la presente dejo con Beneficiario:	TO stancia de mi conse	entimiento al	esquema de transp			
	Diservaciones Firma Respons	TO stancia de mi conse	entimiento al	esquema de transp	porte descripto j	orecedentemente s	al

DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO Lugar y Fecha de Emisión: Razón Social del prestador: Domicilio de stención: Localidad / Provincia: Teléfono: Nombre Beneficiario DNI: Monto Sesión Cantidad Monte Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION) Sesiones mensual (\$) Período 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: Esp Esp Esp 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: DNI Firmante: Firma Beneficiario o representante:

Lugar y Fecha de Consentimiento:

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES PLAN DE TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO

Razón Social del presta	idor:					
Domicilio de atención:						
Localidad / Provincia:					Teléfono:	
Nombre Beneficiario						
DNI:		-				
Prestaciones a brindar:	(según mecanisr	no INTEGRACI	ION)			
Tipo de jornada (Simpl	e o Doble):			Dependencia	(S/N):	
Matricula (\$):		Monto mensu	al (\$):		Categoria:	
				- LETTER MANAGEMENT		
Periodo Ciclo Lectivo,	Desde			Hasta	ģ	
Cronograma de asisteno	ria:					
creategrania ac amicen	W 3.58					
1	187	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
DIAS HORARIO	Lunes De:	Martes De:	Miércoles De:	Jueves De:	Viernes De	Sábado De:
DIAS	Lunes				_	
DIAS HORARIO	Lunes De:	De:	De:	De:	De:	De:
DIAS HORARIO	Lunes De:	De:	De:	De:	De:	De:
DIAS HORARIO	Lunes De:	De:	De:	De:	De:	De:
DIAS HORARIO	Lunes De:	De:	De:	De:	De:	De:
DIAS HORARIO	Lunes De:	De:	De:	De:	De:	De:
DIAS HORARIO	Lunes De:	De:	De:	De:	De:	De:
DIAS HORARIO	Lunes De:	De:	De:	De:	De:	De:
DIAS HORARIO Observaciones	Lunes De:	De: A:	De:	De:	De:	De:
DIAS HORARIO Observaciones	Lunes De: A:	De: A:	De:	De:	De: A:	De:
DIAS HORARIO Observaciones Firma Respon	Lunes De: A:	De: A:	De:	De:	De: A:	De:
DIAS HORARIO Observaciones Firma Respon	Lunes De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A: Aclaración:	De:
DIAS HORARIO Observaciones	Lunes De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A: Aclaración:	De:

Obra Social del Personal de Telecomunicaciones de la República Argentina

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARI	0:	
APELLIDO Y NOMBRE DEL PRESTADOR	:	
PRESTACIÓN:	MES:	AÑO:

	FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	ACLARACION O SELLO DEL PRESTADOR	FIRMA DEL AFILIADO	ACLARACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					



Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones de discapacidad 2021 de acuerdo a lo establecido por Res 406/2016
Prestador
Prestador de vuestra Beneficiaria/o:
Nro de CUIT/CUIL
Cuenta Bancaria Nro
Entidad Bria
Nro CBU

Sres. OSTEL:

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado

