

Manual de Acceso a Prestaciones de Discapacidad

20
24

ASPECTOS IMPORTANTES

- El legajo completo, junto a la nota; deberá ser presentado por el Afiliado a través del correo integración@aphara.org.ar , 40 días antes de comenzar con las presentaciones.
- Los Formularios deben estar cumplimentados en su totalidad y con letra legible.
- La fecha de Emisión debe ser anterior al inicio del tratamiento.
- Es requisito que los formularios estén confeccionados según las instrucciones que se detallan en cada uno de ellos. No deben poseer enmiendas ni tachaduras, excepto que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello o aclaración del responsable de completar y firmar los formularios.
- Verifique que la documentación que obra en su poder coincida con la solicitada para cada caso. Quien recepcione la misma efectuará el análisis correspondiente y en caso de inconsistencia o datos faltantes, se procederá a la devolución.
- El Certificado Único de Discapacidad (CUD) debe presentarse sin excepción con el expediente. El mismo tiene que ser válido por la Agencia Nacional de Discapacidad, según Resolución vigente.
- El inicio de las prestaciones sin autorización previa NO OBLIGA a otorgar la cobertura, debido a que en todos los casos se requiere de la Auditoría del Área de Discapacidad.
- En caso de ser necesario, el Área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de realizar la evaluación correspondiente.
- Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria serán autorizadas por 11 meses al año, esto en función a los períodos vacacionales y la necesidad de descanso.
- La prestación de transporte será autorizada por el menor recorrido establecido según google maps.
- Los requerimientos documentales se encuentran sujetos a disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, por lo tanto el presente Manual puede tener modificaciones por Resoluciones de futura aplicación.

CIRCUITO DE LA AUTORIZACION PREVIA

La gestión de la autorización de todas las prestaciones vinculadas a Discapacidad, se encuentran a cargo del Afiliado o familiar, y se realiza a través de la Obra Social del Personal de los Hipódromos.

La Auditoría de Discapacidad efectuará el control técnico-administrativo y se procederá a emitir el FORMULARIO N° 4 PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA, con el detalle de las prestaciones autorizadas.

El Prestador recibirá mensualmente, vía correo electrónico, el formulario de autorización previa del mes en curso.

VÍAS DE CONTACTO PARA ASOCIADOS

- Línea Exclusiva para Asociados 0800-888-5377/ 5278-3640
- integración@aphara.org.ar / obrasocial@aphara.org.ar

VÍAS DE CONTACTO PARA PRESTADORES

- Línea Exclusiva para Prestadores: 0800-888-5377/+54 9 11 5278-3640/ +54 9 11 5060-2013
- Email: integracion@aphara.org.ar / obrasocial@aphara.org.ar

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR Y FORMULARIOS

DOCUMENTACIÓN DEL ASOCIADO

DOCUMENTACIÓN DEL ASOCIADO

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Certificado de Discapacidad (Hoja 1 de 5)
- Formulario Datos del Asociado (Hoja 2 de 5)
- Formulario Cronograma de Actividades (Hoja 3 de 5)
- Constancia de Concurrencia Escolar o a Centro Educativo Terapéutico (Hoja 4 de 5)
- Constancia Policial de Domicilio (Hoja 5 de 5)



FORMULARIO DATOS DEL ASOCIADO 2024

DATOS DEL ASOCIADO CON DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos: Celular: _____ Fijo: _____

Correo Electrónico: _____

Escolarizado (En caso afirmativo deberá presentar Certificado de Alumno Regular) SI NO

Nombre del Establecimiento Educativo actual y Grado: _____

CONTACTO ALTERNATIVO

Apellido y Nombre: _____

Vínculo: _____

Teléfonos: Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Posee franquicia vehicular adquirida SI NO

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

<u>Apellido y Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Vínculo</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Días y Horarios Laborales</u>

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Personas en contacto directo y frecuente con el Asociado con discapacidad

<u>Apellido y Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Vínculo</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Días y Horarios Laborales</u>

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas.

Los mismos revisten carácter de Declaración Jurada.

FIRMA DEL ASOCIADO / RESPONSABLE

ACLARACIÓN

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE COMPLETAR EL MÉDICO ESPECIALISTA

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SOLICITAR EL ASOCIADO AL MÉDICO ESPECIALISTA

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Pedido Médico (Hoja 1 de 6)
- Formulario Solicitud de Transporte (Hoja 2 de 6)
- Formulario Resumen de Historia Clínica (Hoja 3 de 6)
- Formulario FIM (Hoja 4, 5 y 6 de 6)



FORMULARIO PEDIDO MÉDICO 2024

A completar por Médico Especialista

FECHA: ____ / ____ / ____

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Nº de Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ Nº: _____ Edad: _____ Sexo: _____

DIAGNÓSTICO

PRESTACIONES SOLICITADAS

Institución (CET - Centro de Día - Hogar con Centro de Día, etc.)

Especialidad: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Tipo de jornada: simple doble

DEPENDENCIA SI NO En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM

Justificación médica de dependencia:

Módulo Maestro de Apoyo

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Cantidad de horas semanales: _____

Módulo Apoyo a la Integración Escolar Equipo

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Cantidad de horas semanales: _____

Prestaciones ambulatorias por sesión

● Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

● Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

● Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

● Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

● Especialidad: _____ Cantidad de sesiones semanales: _____

Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FORMULARIO SOLICITUD DE TRANSPORTE 2024

A completar por Médico Especialista

FECHA: ___ / ___ / ___

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

N° de Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____ Edad: _____ Sexo: _____

DIAGNÓSTICO**JUSTIFICACIÓN MÉDICA***Se indica que el Asociado se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos:***TRASLADOS**

Desde Calle y N° _____ Localidad _____ hasta Calle y N° _____ Localidad _____

Retorno SI NO Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Desde Calle y N° _____ Localidad _____ hasta Calle y N° _____ Localidad _____

Retorno SI NO Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Desde Calle y N° _____ Localidad _____ hasta Calle y N° _____ Localidad _____

Retorno SI NO Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____

Desde Calle y N° _____ Localidad _____ hasta Calle y N° _____ Localidad _____

Retorno SI NO Período: de _____ (mes) hasta _____ (mes) del año _____**DEPENDENCIA** SI / O *En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM**Justificación médica de dependencia*

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FORMULARIO RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA 2024

A completar por Médico Especialista

FECHA: ___/___/___

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____ Edad: _____ Sexo: _____

DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DISCAPACITANTE

EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO DE BASE

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales)

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS Y/O INTERVENCIONES EDUCATIVAS

OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PRESCRIPTOS

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO

_____/_____/_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiatra en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evolución por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los items incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Completar todos los campos del Formulario

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

Diagnóstico: _____

Institución: _____ Fecha de ingreso a la Inst.: _____

Modalidad: _____

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado		
1	Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo personal (lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Baño (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestido parte superior (de la cintura hacia arriba así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestido parte inferior (resto de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
Control de esfínteres		
7	Control de intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Control de vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
Transferencias		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia al baño (sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (entrar y salir de la bañera o ducha)	
Locomoción		
12	Marcha/Silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (subir y bajar escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
15	Expresión (expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conexión		
16	Interacción social (habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Resolución de problemas (resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares)	

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Independiente	Puntuación
Independiente Total	7
Independiente con Adaptaciones	6
Dependiente	Puntuación
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% a más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% a más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% a más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

PUNTAJE FIM TOTAL

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los prof. intervinientes

FIRMA Y SELLO DEL T. OCUPACIONAL

N° de Matrícula: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE

N° de Matrícula: _____

Especialidad: _____

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1- ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria 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 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 órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....
.....

5- VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....
.....

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 INTESTINOS: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo 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 pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, 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 ducha o bañera.

.....
.....

12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

.....
.....

13- ESCALERAS: Implica subir o 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 hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle 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 instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

.....
.....

17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA: Implica resolver problemas cotidianos.

.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO DE TERAPEUTA OCUPACIONAL

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Prestaciones en Ambulatorio-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Ambulatorio -

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 11)
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 11)
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 11)
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Ambulatorio (Hoja 4 de 11)
- Título Profesional Habilitante. Matrícula (Hoja 5 de 11)
- Habilitación del Consultorio o lugar donde brinda el Servicio. (Hoja 6 de 11)
- Constancia de Inscripción en el Reg. Nac. de Prestadores. (RNP) (Hoja 7 de 11)
- Constancia Inscripción de AFIP (Hoja 8 de 11)
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos (Hoja 9 de 11)
- . Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.
- . Si presta servicio en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276
- Seguro de Responsabilidad Civil (Hoja 10 de 11)
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 11 de 11)

<input type="checkbox"/>

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2024

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR (en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta): _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO: _____ DPTO.: _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible): _____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO EXENTO MONOTRIBUTO

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI NO

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2024

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período: Desde _____ Hasta: _____ Año: 2024

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Descripción de la participación de la familia:

 FIRMA DEL PROFESIONAL

 ACLARACIÓN

 FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

 ACLARACIÓN

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2024

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Prestador: _____

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

Informe de Evaluación Inicial: se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Informe Evolutivo de la Prestación: debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

INFORME

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN AMBULATORIO 2024

(Kinesiología, Fonoudiología, Psicología, Terapia Ocupacional, etc.)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período: Desde : _____ Hasta: _____ Año: _____ 2024

Cantidad de sesiones Semanal: _____ Monto por Prestación \$: _____ Monto Mensual \$: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Domicilio real donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Correo Electrónico: (donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) : _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	DESDE						
	HASTA						

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°..... doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR

ASOCIADO O RESPONSABLE

Firma del Profesional

Firma

Sello o Aclaración del Profesional

Aclaración

Tipo y N° de Documento

Vínculo

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Apoyo a la Integración Escolar-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Apoyo a la Integración Escolar -

(Módulo maestra de apoyo - Módulo de apoyo a la integración escolar en equipo)

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 13)
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 13)
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 13)
- Formulario Presup. Maestro o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar. (Hoja 4 de 13)
- Formulario Detalle de Prof. que integran el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar (Hoja 5 de 13)
- Acta Acuerdo de Integración (se puede presentar hasta 60 días posterior al comienzo del ciclo lectivo. Debe estar completa y sellada en todos los campos requeridos) (Hoja 6 de 13)
- Certificado de alumno regular (se puede presentar 60 días posterior al comienzo del ciclo lectivo) (Hoja 7 de 13)
- Adaptaciones Curriculares (Hoja 8 de 13)
- Habilitación como equipo o Certificado analítico de Materias según corresponda (Hoja 9 de 13)
- Constancia Inscripción de AFIP (Hoja 10 de 13)
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos. (Hoja 11 de 13)
 - . Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.
 - . Si presta servicio en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276
- Seguro de Responsabilidad Civil (Hoja 12 de 13)
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 13 de 13)

<input type="checkbox"/>

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2024

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR (en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta): _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO: _____ DPTO.: _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible): _____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO EXENTO MONOTRIBUTO

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI NO

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2024**DATOS DEL ASOCIADO**

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período: Desde _____ Hasta: _____ Año: _____ 2024

PLAN DE TRATAMIENTO**Modalidad:**_____
_____**Abordaje:**_____

_____**Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:**_____
_____**Descripción de la participación de la familia:**_____

FIRMA DEL PROFESIONAL_____
ACLARACIÓN_____
FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE_____
ACLARACIÓN

FORMULARIO PRESUPUESTO MAESTRO DE APOYO / EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2024

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

MÓDULO MAESTRO DE APOYO MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2024

Cantidad de Horas Mensuales: _____ Monto Mensual \$ _____

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Correo Electrónico: (donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible): _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD ÁULICA

En la Escuela común sito en la Calle: _____ N°: _____

de la Ciudad de _____ Provincia: _____

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS	DESDE					
	HASTA					

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA

Domicilio real donde se brindará la presentación, sito en _____ N°: _____

Calle: de la Ciudad de _____ Provincia: _____

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS	DESDE					
	HASTA					

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo.....
 N°..... doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR

ASOCIADO O RESPONSABLE

 Firma del Profesional o Responsable de la Institución

 Firma

 Sello o Aclaración del Profesional

 Aclaración

 Sello de la Institución

 Tipo y N° de Documento

 Vínculo

FORMULARIO DETALLE DE PROFESIONALES AUE INTEGRAN EL EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2024

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

LISTADO DE PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

-debe estar detallado el equipo completo-

<u>Nombre</u>	<u>Apellido</u>	<u>Especialidad</u>	<u>N° Matrícula</u>	<u>Firma y Sello</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN 2024

En la ciudad de.....a los.....días del mes de..... del año 2024

se establece en común acuerdo entre las instituciones.....y los padres del alumno/a

..... lo siguiente:

- 1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.
- 2 - El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el círculo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.
- 3 - La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.
- 4 - Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informaran en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.
- 5 - Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.
- 6 - Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.
- 7 - Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones. Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En los Días y Horarios Desde					
Hasta					

AÑO: 2024 SALA: _____ TURNO: _____

FIRMA RESPONSABLE DEL ASOCIADO: _____

ACLARACIÓN:

FIRMA Y SELLO DE LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA: _____

ACLARACIÓN:

FIRMA Y SELLO DEL/LA COORDINADOR/A DEL EQUIPO DE INTEGRACIÓN:

ACLARACIÓN:

FIRMA DOCENTE INTEGRADOR: _____

ACLARACIÓN: _____

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Prestaciones en Instituciones-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Instituciones -

(Centro de Día-Centro Educativo Terapéutico-Hogares-Hospital de Día-Residencia-Formación Laboral-Escolaridad)

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 12)
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 12)
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 12)
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Instituciones (Hoja 4 de 12)
- Formulario para Instituciones de Estimulación Temprana (Hoja 5 de 12)
- Constancia de Concurrencia a la Institución (Hoja 6 de 12)
- Informe Social (Hoja 7 de 12)
- Constancia de Inscripción en el Servicio Nac. de Rehabilitación. (SNR) (Hoja 8 de 12)
- Constancia Inscripción de AFIP (Hoja 9 de 12)
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos (Hoja 10 de 12)
 - . Contribuyente local o convenio bilateral.
 - . Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.
 - . Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276
- Habilidadación Municipal (Hoja 11 de 12)
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 12 de 12)



FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2024

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR (en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta): _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO: _____ DPTO.: _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible): _____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO EXENTO MONOTRIBUTO

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI NO

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2024**DATOS DEL ASOCIADO**

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período: Desde _____ Hasta: _____ Año: _____ 2024

PLAN DE TRATAMIENTO**Modalidad:**_____
_____**Abordaje:**_____

_____**Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:**_____

_____**Descripción de la participación de la familia:**_____

FIRMA DEL PROFESIONAL_____
ACLARACIÓN_____
FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE_____
ACLARACIÓN

FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN INSTITUCIONES 2024

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____
 Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____
 Tipo de jornada a realizar: Simple Doble
 Categoría A B C
 Incluye almuerzo SI NO Dependencia SI NO
 Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2024
 Monto Mensual \$ _____

DATOS DEL PRESTADOR O INSTITUCIÓN

Apellido y Nombre o Razón Social: _____
 Domicilio real donde se brindará la prestación: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Correo Electrónico: (donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible): _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS	DESDE					
	HASTA					

**Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo.....
 N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo
 constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.**

PRESTADOR

 Firma del Profesional o Responsable de la Institución

 Sello o Aclaración del Profesional

 Sello de la Institución

ASOCIADO O RESPONSABLE

Dejo constancia de mi consentimiento al programa descrito precedentemente

 Firma

 Aclaración

 Tipo y N° de Documento

 Vínculo

FORMULARIO PARA CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA 2024

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

A continuación detallamos los Profesionales que participan en el tratamiento de estimulación temprana:

PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA -se debe detallar el listado completo de los profesionales intervinientes-

<u>Especialidad</u>	<u>Apellido</u>	<u>Nombre</u>	<u>N° Matrícula</u>	<u>Firma y Sello</u>
Médico Pediatra o Neurólogo Infantil	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Prestaciones de Transporte-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones de Transporte -

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 10)
- Formulario Presupuesto de Transporte (Hoja 2 y 3 de 10)
- Carnet de Conducir (Hoja 4 de 10)
- Habilitación Municipal (Hoja 5 de 10)
- Póliza y Cobertura de Seguro (Hoja 6 de 10)
- Verificación Técnica Vehicular (VTV) (Hoja 7 de 10)
- Constancia de Inscripción de AFIP (debe corresponder con la actividad principal de traslado) (Hoja 8 de 10)
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos. (Hoja 9 de 10)
 - . Contribuyente local o convenio bilateral
 - . Certificado Exención y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos
 - . Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 10 de 10)
- Mapa Google Maps con el menor recorrido (se autorizará el menor recorrido establecido)



FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2024

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR (en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta): _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO: _____ DPTO.: _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible): _____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO

EXENTO

MONOTRIBUTO

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI

NO

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

2024

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Correo Electrónico: (donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible): _____

RECORRIDO

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar) acompañado de su respectivo mapa. Indicar con una cruz si corresponde Ida y Regreso o solo uno de los trayectos.

RECORRIDO 1

- IDA
- REGRESO

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: __ Localidad: _____

Hasta Calle: _____ N°: __ Localidad: _____

Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	DESDE						
	HASTA						

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2024

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

RECORRIDO 2

- IDA
- REGRESO

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: __ Localidad: _____

Hasta Calle: _____ N°: __ Localidad: _____

Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	DESDE			☐			
	HASTA						

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2024

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

RECORRIDO 3

- IDA
- REGRESO

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: __ Localidad: _____

Hasta Calle: _____ N°: __ Localidad: _____

Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	DESDE			☐			
	HASTA						

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2024

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

2024

RECORRIDO 4

- IDA
- REGRESO

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Hasta Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2024

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

RECORRIDO 5

- IDA
- REGRESO

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Hasta Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2024

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____ Precio por Km Mensual: _____

PRESTACIÓN CON DEPENDENCIA SI NO

CANTIDAD DE KILOMETROS MENSUALES

MONTO MENSUAL \$

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo.....
 N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y de
 constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR

ASOCIADO O RESPONSABLE

Firma del Transportista

Firma

Aclaración

Aclaración

Tipo y N° de Documento

Vínculo

OTROS FORMULARIOS

NOTA DE SOLICITUD DE ABANDONO DE TRATAMIENTO 2024

Apellido y Nombre del Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de _____

(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, etc.) con el Profesional y/o Institución _____

a partir de la fecha ____ / ____ / ____

Motivo de baja de la prestación: _____

FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR 2024

Apellido y Nombre del Asociado:

Documento: Tipo: _____ N°: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de _____

(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, etc.) con el Profesional y/o Institución _____

a partir de la fecha ____ / ____ / ____

Solicito nueva alta para la prestación de _____

con el Profesional y/o Institución _____

a partir de la fecha ____ / ____ / ____ y por el período _____

Motivo del cambio de prestador: _____

FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DOCUMENTACIÓN 1 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 2 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 3 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 4 NO PRESENTADA

Motivos: _____

FIRMA DEL ASOCIADO / RESPONSABLE

ACLARACIÓN