

Solicitud para las prestaciones Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico y Escuela especial



REQUERIMIENTOS PARA EL BENEFICIARIO/A

Certificado de Discapacidad: si el CUD está vencido, recuerde enviar la constancia de renovación emitida por la junta de evaluación, esto permitirá dar continuidad a la prestación

MODIFICACIONES EN LA PRESTACIÓN.

Para un adecuado asesoramiento, en caso de requerir cambio de prestador o modalidad prestacional, le solicitamos comunicarse por email a: discapacidad.ostel@gmail.com

NOTA: la documentación que se envíe por correo debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido.



REQUERIMIENTOS PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

1 *Resumen de Historia Clínica (protocolo en adjunto)*

2 *Prescripción médica indicar periodo de la prestación. (anual)*

Debe ser original.

Deberá contener: Nombre del/a Afiliado/a, DNI, Diagnóstico/s

- Especificar modalidad:
Escolaridad Especial (nivel inicial, EGB, Formación laboral)
CET
Centro de Día
- Tipo de jornada (simple o doble).
- Período de la prestación.
- Solicitud de Dependencia de terceros, solo para modalidad: Centro de Día o CET (debe estar consignado además en el RH)

Resumen de Historia Clínica

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI:

Nro. Afiliado:

Edad:

Diagnóstico:

Informe Integral de la condición de salud:

Descripción de las prestaciones que recibe actualmente:

Firma y sello del profesional





REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

La institución deberá presentar categorización definitiva y estar inscripta en la ANDIS

Documentación específica

- Plan de tratamiento: en todas las prestaciones se deberá entregar plan de tratamiento con objetivos de trabajo personalizado, en caso de presentarse como una nueva prestación se requiere informe de evaluación inicial de admisión.
- Solo se reconocerá la dependencia en la modalidad prestacional de Centro de Día y CET, presentado como justificación la Tabla FIM cuantitativa y cualitativa firmada por Lic en Terapia Ocupacional (protocolo en la página WEB)
- Constancia de alumno regular **(para Escolaridad Especial únicamente)**
- Presupuesto Prestacional (en adjunto) indicando: modalidad de prestación y Tipo de Jornada: (especificar si se brinda o no el servicio de comedor).
- Informe de seguimiento semestral (se entrega en el mes de julio)
- Conformidad prestacional (en adjunto).
- Planilla mensual de asistencia (en adjunto)
- Completar Planilla CBU (en adjunto)

Fecha: .../...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento

Tipo

(.....) No....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación

Se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:



PRESUPUESTO PRESTACIONAL

| | |
|-------------------------------------------|-------------------------------|
| Fecha de Emisión | ____/____/____ |
| Razón Social del Prestador: | _____ |
| CUIT: | _____ |
| Domicilio donde se realiza la prestación: | _____ |
| Correo Electrónico del Contacto | _____ |
| Teléfono:- | _____ |
| Beneficiario: | _____ DNI: _____ |
| Modalidad prestacional a brindar | _____ |
| Tipo de Jornada a realizar | _____ |
| Categoría: | _____ |
| Período: desde | _____ hasta: _____ |
| Almuerzo: Sí | No. |
| Monto Mensual: | _____ |
| En caso de | |
| corresponder: | |
| Dependencia: Sí - No. | |
| Matrícula Anual: | _____ |
| Cantidad de Sesiones Mensuales | _____ Monto por Sesión: _____ |

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación

| Días | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Horario | De: | De: | De: | De: | De: | De: |
| | A: | A: | A: | A: | A: | A: |

Firma y Aclaración del Prestador



APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

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 | | | | | |

La información descripta precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades de los arts. 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.





REQUERIMIENTOS PARA LA FACTURACIÓN

La factura o recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (CUIT 30-60871639-0 y Nombre)

Presentación mensual (del 01 al 10 de cada mes).

Presentar planilla de asistencia mensual.

- La facturación se debe enviar al correo: integracion.ostel@gmail.com en formato PDF emitido por AFIP.

La factura deberá presentarse con los siguientes datos:

- Nombre del beneficiario y DNI
- Indicar si corresponde dependencia (solo para CET y C de Día).
- Período de la prestación
- Modalidad de la prestación brindada y tipo de Jornada (Simple o Doble)
- Categoría del establecimiento

El recibo deberá contener: Nro. de factura que cancela.

Planilla CBU

Sres OSTEL:

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones de discapacidad 2023 de acuerdo a lo establecido por Res 406/2016

Prestador.....

Prestador de vuestra Beneficiaria/o:.....

Nro de CUIT/CUIL.....

Cuenta Bancaria Nro.....

Entidad Bancaria.....

Nro CBU.....

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado

