

Solicitud para las prestaciones Hogares de Lunes a Viernes / Permanente



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 LAS PRESTACIONES.

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 original** *indicar periodo de la prestación.*

Deberá contener: Nombre del Afiliado, DNI, Diagnóstico

- especificar modalidad (si es permanente o Lunes a Viernes)
Hogar
Hogar con Centro de Día
Hogar con CET
- Indicar periodo de la prestación
- Adicional por dependencia: Debe quedar consignado claramente en el Resumen de Historia clínica y la Prescripción Médica.

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

- Todo prestador deberá acreditar su categorización definitiva y estar inscripto en la ANDIS
- Informe social
- Cronograma de actividades por servicio es decir por Hogar (de lunes a domingo) y Centro de Día (lunes a viernes)
- Plan de tratamiento (anual) con objetivos de trabajo personalizado.
- Presupuesto Prestacional (en adjunto)
- Conformidad de la prestación firmado por familiar (en adjunto)
- Planilla CBU

Datos a tener en cuenta para Planes de trabajo e informes

Se contemplará el formato de informes y planes de tratamiento que cada profesional o equipo haya elaborado, se solicitará, además tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Aprende dentro del hogar habilidades para ser más independiente? Tiene oportunidad de desarrollarlas?
- Participa de actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales?
- Utiliza entornos comunitarios? (cafeterías, cines, parques, bibliotecas)
- Celebran acontecimientos importantes?
- Modalidad de dar a conocer al concurrente los cambios institucionales.
- Cómo elige pasar su tiempo libre?

Para tener en cuenta en el Trabajo con la familia

- La institución proporciona asesoramiento a la familia en cómo pasar el tiempo libre con el grupo familiar, amigos y allegados a la familia teniendo en cuenta deseos y preferencias del concurrente?
- Frecuencia de encuentros con la familia y otros vínculos significativos del concurrente
- Realizan talleres para padres y familiares?

Solicitud de dependencia: debe quedar consignado claramente en el presupuesto y debidamente fundamentado por Tabla FIM cuantitativa y cualitativa firmada por Lic en Terapia Ocupacional.

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



CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023

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:



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





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.
- Período de la prestación
- Modalidad de la prestación brindada.
- Categoría del establecimiento

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