



## **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:

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

- 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.



**CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021**

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: .....

Documento: ..... Parentesco: .....

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: .....



**SI EL FIRMANTE ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA**

Yo .....con Documento Tipo (.....) N°  
....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es por el período del  
aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio, del  
año 2021. Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he  
comprendido las alternativas disponibles en relación a la/s prestación/es detalladas a 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: .....



**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**

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

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

**TRASLADOS**

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP(\$)/KM	IMP(\$) DIARIO
---------	---------	------------	----------	------------	-------------------

Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_

Monto mensual (\$) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Aclaración:

**CONSENTIMIENTO**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al

Beneficiario: \_\_\_\_\_

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

Nro Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

**DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES  
PLAN DE TRATAMIENTO  
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

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

Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)
---	-------------------	-------------------	--------------------

Periodo Ciclo Lectivo, Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante:

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_

**DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES  
PLAN DE TRATAMIENTO  
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

Razón Social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Beneficiario \_\_\_\_\_

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

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de jornada (Simple o Doble): \_\_\_\_\_ Dependencia (S/N): \_\_\_\_\_

Matricula (\$): \_\_\_\_\_ Monto mensual (\$): \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Periodo Cielo Lectivo, Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable de Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración:

**CONSENTIMIENTO**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Nro Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o representante:

\_\_\_\_\_  
Aclaración:

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

Lugar y Fecha de Consentimiento: \_\_\_\_\_



**Obra Social del Personal de Telecomunicaciones de la República Argentina**

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					



Sres. OSTEL:

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 Bancaria.....

Nro CBU.....

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado

