



DISCAPACIDAD 2023

Documentacion a presentar:

- Certificado de discapacidad vigente
- Resumen de Historia Clinica – Formulario OSTCARA
- Prescripcion Medica firmada por medico tratante – Formulario OSTCARA
- Conformidad por las prestaciones – Formulario OSTCARA
- Presupuesto prestacional – Formulario OSTCARA
- **Informe de evaluacion inicial al inicio de una nueva prestacion**, debe contar los instrumentos de valoracion aplicados y resultados en el proceso de evaluacion.
- **Informe evolutivo de la prestacion**, en el cual consten: periodo de abordaje, modalidad de prestacion, descripcion de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su nucleo de apoyo, resultados alcanzados.
- **Informe de seguimiento semestral**
- **Plan de abordaje individual**, en el cual consten: periodo de abordaje, modalidad de prestacion, objetivos especificos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervencion contemplando los diferentes contextos.
- **Si se solicita DEPENDENCIA para las prestaciones HOGAR- HOGAR C/CTRO DE DIA- HOGAR C/CET - CTRO DE DIA - CET**, se debera presentar planilla FIM confeccionada por Lic. En Terapia Ocupacional y el informe del prestador debe especificar los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.
- Los profesionales deben presentar RNP + TITULO. En el caso de Maestra de Apoyo debe presentar Titulo + certificado analitico de materias para dicha prestacion.
- Constancia de CUIT
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestacion, firmada por el prestador y familiar responsable.
- **Para la prestacion de Integracion Escolar o Maestro de Apoyo** se debe presentar: Constancia de Alumno Regular (con CUE) y Acta Acuerdo firmada por el familiar responsable y el directivo de la escuela, en los primeros 60 dias de iniciado el ciclo lectivo de debe presentar **el plan de abordaje individual con detalle de adecuacion curricular**.
- **Para la prestacion de HOGAR - Pequeño HOGAR** se debe presentar informe confeccionado por trabajador social.

LOS LEGAJOS 2023 SERAN TODOS DIGITALES – DEBEN ENVIARLOS EN FORMATO PDF CUANDO TENGAN EL LEGAJO COMPLETO AL MAIL DE secretaria@ostcara.org.ar INDICANDO EN EL TITULO EL NOMBRE DEL AFILIADO



PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del Afiliado: _____

DNI: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Cantidad de sesiones semanales: _____

Periodo: desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____

Firma y sello del médico tratante



PRESUPUESTO DE TRATAMIENTOS CON PROFESIONALES PARTICULARES E INSTITUCIONES

_____, ____/____/____

Apellido y nombre del Afiliado _____ N° de Documento: _____

Prestación: _____

Período solicitado: _____/____/____ hasta _____/____/____

Cantidad de sesiones semanales: _____ Cantidad de sesiones mensuales: _____ Valor de la sesión: \$ _____ Monto mensual: \$ _____

Categoría (en caso de corresponder): _____ Jornada: _____

Observaciones:

Apellido y nombre del profesional: _____

Especialidad/Tipo de prestación: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s fijos y Cel.: _____ E-mail: _____

N° de C.U.I.T.: _____ Condición frente al V.A.: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario de correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

Firma y Sello del Prestador

Aclaración / DNI / N° de Matricula

NO SE RECEPCIONARAN FACTURAS SUPERIORES A LOS DOS MESES DE LA PRESTACION



FORMULARIO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre o razón social del prestador: _____ CUIT del prestador: _____

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE SE ACREDITARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

Nombre del titular de la cuenta: _____

Alias (*): _____ (*Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas).

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____ Sucursal: _____

CBU: _____

CUIT/ CUIL: _____

Tel/Fax: _____ Correo electrónico: _____

DATOS OSTCARA PARA FACTURAR:

OSTCARA CUIT 30-708767197-7 IVA EXENTO DIRECCION: PARANA 749 2 A – Caba CP 1017

La factura debe especificar:

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO + DNI + TIPO DE PRESTACION + MES DE LA PRESTACIONES + CANTIDAD DE SESIONES o MODULO O CANTIDAD DE HORAS o CANTIDAD DE KM (SEGÚN EL TIPO DE PRESTACION)

Las facturas deben estar acompañadas por la planilla de asistencia mensualmente, de no acompañarla la misma no será recepcionada.

Las facturas se deben enviar via mail a administracion@ostcara.org.ar del 1 a l 10 de cada mes.

