



DISCAPACIDAD 2024

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.



PRESCRIPCIÓN MÉDICA PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado: _____

DNI: _____ Edad: _____ Telefono familiar: _____

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 completo del afiliado: _____

Nº 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: _____

Cel.: _____ E-mail: _____

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

CBU: _____ ALIAS: _____

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 / Nº de Matricula

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