



# DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES - PROFESIONALES) PRESTACIÓN BRINDADA EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO-ANEXO III

Mes \_\_\_\_\_ de 2020

En el contexto de la medida de "AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO" (DECNU- 2020-297/20 - APN - PTE).

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

Nº de DNI: .....

## ¿QUE PRESTACION BRINDÓ DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO?

<input type="checkbox"/> HOGAR	<input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN - MODULO INTEGRAL INTENSIVO	<input type="checkbox"/> MÓDULO INTEGRAL SIMPLE	
<input type="checkbox"/> CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	<input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE APOYO	
<input type="checkbox"/> MAESTRO DE APOYO	<input type="checkbox"/> PEQUEÑO HOGAR	<input type="checkbox"/> CENTRO DE APRESTAMIENTO LABORAL
<input type="checkbox"/> CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON INTERNACIÓN	
<input type="checkbox"/> MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN HOSPITAL DE DÍA	
<input type="checkbox"/> HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN	ESPECIFICAR: .....	
.....		
<input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD - INIDCAR: • INICIAL • PRIMARIA • FORMACIÓN • LABORAL		

PRESTACIÓN NO BRINDADA MOTIVO:.....  
.....  
.....

### ESPECIFICAR MODALIDAD DE CONCURRENCIA

SIMPLE     LUNES A VIERNES     DOBLE     PERMANENTE

OTRA - ESPECIFICAR: .....



## DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES - PROFESIONALES) PRESTACIÓN BRINDADA EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO-ANEXO III

### ESPECIFICAR LA MODALIDAD A TRAVÉS DE LA CUÁL BRINDÓ LA PRESTACIÓN EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO

- MATERIAL IMPRESO     MAIL     VIDEOLLAMADA     PRESENCIAL     TELEFÓNICA  
 OTRA ESPECIFICAR: .....

### DIAS Y HORARIOS DE CONTACTO:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabados
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

### ¿DESDE EL ESTABLECIMIENTO SE BRINDÓ EL SERVICIO DE ALIMENTACION A DOMICILIO?

Si  No  Motivo: .....

### EN EL CASO EN QUE EL BENEFICIARIO RESIDA EN UN HOGAR/RESIDENCIA:

¿FUE RETIRADO POR SUS FAMILIARES O RESPONSABLES A CARGO DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO SOCIAL Y OBLIGATORIO?

- NO     SI    ¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE?     SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS  
 MATERIAL DIDÁCTICO     OTROS: .....     NO

### CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA

#### SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA / SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA

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

**firma del titular/familiar/responsable/tutor:**

**Aclaración y DNI firmante:**

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

Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada. La misma se incorporará al legajo del beneficiario

**Firma del prestador:**

**Aclaración y DNI firmante:**