

## ANEXO 1 – CONTROL CHECKLIST

1 de 3

Es exclusiva responsabilidad de las familias informar al área de discapacidad de esta obra social si la persona con discapacidad no está recibiendo y / o no recibió las prestaciones solicitadas/ autorizadas.

Si el proveedor presenta facturas por prestaciones no brindadas, la OS se reserva, además, la facultad de derivar al paciente a otra institución o profesional, con el objetivo de garantizar el acceso y continuidad de dicha prestación.

Apellido y nombres de la persona con CUD: \_\_\_\_\_

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

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

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

### DETALLE DE DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

| DOCUMENTACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD            | ENTREGA |
|---------------------------------------------------------|---------|
| Certificado Único de Discapacidad                       |         |
| Cronograma de Actividades (Anexo 02)                    |         |
| Constancia de Alumno Regular                            |         |
| Constancia de Concurrencia Centro de Día/ CET           |         |
| Constancia Policial de Domicilio (quien pide traslados) |         |

### DETALLE DE DOCUMENTACIÓN MÉDICO TRATANTE

| DOCUMENTACIÓN A COMPLETAR POR EL MÉDICO | ENTREGA |
|-----------------------------------------|---------|
| Resumen de Historia Clínica (Anexo 03)  |         |
| Solicitud de Prestaciones (Anexo 04)    |         |
| Solicitud de Transporte (Anexo 05)      |         |
| Formulario FIM (Anexo 06)               |         |

### DETALLE DE DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONES

| ESCUELA ESPECIAL - CENTRO DE DÍA - DE REHABILITACIÓN - CET ETC. | ENTREGA |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| Presupuesto para Instituciones (Anexo 07)                       |         |
| Informe evolutivo/ evaluación inicial                           |         |
| Plan de Tratamiento                                             |         |
| Inscripción - Categorización - Habilitación                     |         |
| Formulario FIM (Anexo 06) si pide dependencia                   |         |
| Constancia de ARCA                                              |         |

## ANEXO 1 - CONTROL CHECKLIST

2 de 3

Es exclusiva responsabilidad de las familias informar al área de discapacidad de esta obra social de manera inmediata vía correo electrónico y/ o telefónica si la persona con discapacidad no está recibiendo y / o no recibió las prestaciones solicitadas/ autorizadas.

### DETALLE DE DOCUMENTACIÓN PROFESIONALES INDIVIDUALES

| TERAPIA DE REHABILITACION | PRESUPUESTO (ANEXO 8) | INFORME EVOLUTIVO INICIAL | PLAN DE TRATAMIENTO | TITULO MATRICULA ANALÍTICO | RNP/RUP | CBU | ARCA |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------|---------|-----|------|
|                           |                       |                           |                     |                            |         |     |      |
|                           |                       |                           |                     |                            |         |     |      |
|                           |                       |                           |                     |                            |         |     |      |
|                           |                       |                           |                     |                            |         |     |      |
|                           |                       |                           |                     |                            |         |     |      |

### DETALLE DE DOCUMENTACIÓN INTEGRACIÓN ESCOLAR

| MAESTRA DE APOYO HORA – MODULO INTEGRACION ESCOLAR – INTEGRACION ESCOLAR EQUIPO | ENTREGA |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Presupuesto Para Integración (Anexo 9)                                          |         |
| Informe Evolutivo / Informe de Evaluación Inicial                               |         |
| Plan de Trabajo                                                                 |         |
| Plan Pedagógico Individual (PPI) con Adaptaciones Curriculares                  |         |
| Certificado de Alumno Regular                                                   |         |
| Acta Acuerdo (Anexo 10)*                                                        |         |
| Título Habilitante (maestro especial, psicólogo, psicopedagogo)                 |         |
| Analítico                                                                       |         |
| RNP – RUP                                                                       |         |
| Habilitación - Inscripción - Categorización                                     |         |
| Constancia de ARCA                                                              |         |

### DETALLE DE DOCUMENTACIÓN TRANSPORTE

| REMIS - TRANSPORTE ESCOLAR - TRANSPORTE ESPECIAL | ENTREGA |
|--------------------------------------------------|---------|
| Presupuesto 1 por recorrido (Anexo 11)           |         |
| Recorrido Google Maps                            |         |
| Formulario FIM (Anexo 06) si pide dependencia    |         |
| Habilitación Municipal                           |         |
| Póliza - Cobertura de Seguro                     |         |
| Verificación Técnica Vehicular (VTV)             |         |
| Licencia de Conducir                             |         |
| Constancia de ARCA                               |         |

## ANEXO 1 - CONTROL CHECKLIST

3 de 3

Es exclusiva responsabilidad de las familias informar al área de discapacidad de esta obra social de manera inmediata vía correo electrónico y/ o telefónica si la persona con discapacidad no está recibiendo y / o no recibió las prestaciones solicitadas/ autorizadas.

Si el proveedor presenta facturas por prestaciones no brindadas, la OS se reserva, además, la facultad de derivar al paciente a otra institución o profesional, con el objetivo de garantizar el acceso y continuidad de dicha prestación.

### DOCUMENTACIÓN EXTRA

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Fecha de Recepción: