

ANEXO 4 - SOLICITUD DE PRESTACIONES

A Completar por el Médico Tratante

1 de 2

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

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres:

DNI: Fecha de Nacimiento: Edad:

Domicilio del beneficiario:

Localidad: Provincia:

DIAGNÓSTICO

PRESTACIONES EDUCATIVAS / TERAPEUTICAS

Prestación Solicitada:

Detallar si es Escuela Especial, Centro Educativo, Centro de Día, etc.

Qué jornada realiza: Simple ☐ Doble ☐ Comedor en Jornada Simple: ☐

Categoría de la Institución: A ☐ B ☐ C ☐ Dependencia en la Institución: SI ☐ NO ☐

Periodo de cobertura desde.....Hasta..... del año.....

El médico tratante deberá justificar el pedido de la dependencia para la persona con discapacidad por las siguientes causas:

INTEGRACION ESCOLAR

Maestro de Apoyo por Hora – Requiere: SI ☐ NO ☐ Cantidad de Horas semanales:

Modulo Maestro de Apoyo Mensual– Requiere: SI ☐ NO ☐

Módulo de Apoyo a la Integración Escolar en Equipo Mensual- Requiere: SI ☐ NO ☐

Periodo de cobertura desde.....Hasta..... del año.....

Firma y Sello del Médico Tratante:

ANEXO 4 - SOLICITUD DE PRESTACIONES

A Completar por el Médico Tratante

2 de 2

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

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres:

DNI: Fecha de Nacimiento: Edad:

Domicilio del beneficiario:

Localidad: Provincia:

DIAGNÓSTICO

TERAPIAS DE REHABILITACION Psicología, Fonoaudiología, Kinesiología, etc.

Indicar cada una, con cantidad de sesiones semanales y durante qué periodo.

1.-Terapia Solicitada: Cantidad de sesiones semanales:

Periodo de cobertura desde: Hasta: del año:

2.-Terapia Solicitada: Cantidad de sesiones semanales:

Periodo de cobertura desde: Hasta: del año:

3.-Terapia Solicitada: Cantidad de sesiones semanales:

Periodo de cobertura desde: Hasta: del año:

4.-Terapia Solicitada: Cantidad de sesiones semanales:

Periodo de cobertura desde: Hasta: del año:

Firma y Sello del Médico Tratante: