

Programa de discapacidad  
Documentación General

PLANILLA DE DATOS SOCIO/FAMILIARES - FORMULARIO 1

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono y/o celular: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_

Grupo familiar conviviente y no conviviente

| Apellido y nombre | Edad  | Vínculo | Ocupación | Días y horarios |
|-------------------|-------|---------|-----------|-----------------|
| _____             | _____ | _____   | _____     | _____           |
| _____             | _____ | _____   | _____     | _____           |
| _____             | _____ | _____   | _____     | _____           |
| _____             | _____ | _____   | _____     | _____           |

Grilla de plan anual de tratamientos

| Terapia | Sesiones semanales | Periodo prestacional |
|---------|--------------------|----------------------|
| _____   | _____              | _____                |
| _____   | _____              | _____                |
| _____   | _____              | _____                |
| _____   | _____              | _____                |
| _____   | _____              | _____                |

\*Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada. Presentar grilla actualizada en caso de modificaciones como actualización de documentación en el canal correspondiente

Firma y aclaración del titular

Fecha y lugar de emisión

\*Los datos incorporados revisten carácter de declaración jurada, sujetos a verificación por parte de este Agente de Salud. Cualquier irregularidad o modificación sin la comunicación debida generará la suspensión o discontinuidad de la prestación.