

## Programa de discapacidad Documentación General

### DEPENDENCIA - INFORME - FORMULARIO 5

Nombre beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Prestación - especialidad: \_\_\_\_\_

Para solicitar el presupuesto del 35% más en concepto de atención a la dependencia, es necesario que la institución/ transportista complete lo siguiente:

- A. Tabla FIM que arroje porcentaje de dependencia.
- B. Especifique el tipo de apoyo especial y personalizado que se proveerá:

Apoyos físicos de accesibilidad personalizada (equipamiento). ¿Cuáles?

---

---

Apoyos técnicos de acceso a la comunicación personalizados. ¿Cuáles?

---

---

Apoyos de personal para cuidado en Actividades de la vida Diaria personalizado. Detalle horarios y tareas.

---

---

Apoyos de personal personalizado para cuidado en el comportamiento social. Detalle horarios y tareas.

---

---

---

Firma y sello de responsable institucional

Lugar y fecha