

## Programa de Discapacidad – Documentación General

### DEPENDENCIA - INFORME

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/transportista

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha