

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

DEPENDENCIA – INFORME – FORMULARIO 07

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 transportista

Lugar y fecha