

Programa de discapacidad

Documentación General

DEPENDENCIA - INFORME - FORMULARIO 7

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Razón social del prestador: _____

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 del responsable transportista

Lugar y fecha

* 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.