

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

## PRESTACIONES ASISTENCIALES

Hogar (de lunes a viernes, permanente, con CET, con Centro de día)

## CHECK LIST:

### Documentación general EXCLUYENTE:

- Padrón de beneficiarios de la SSS
- Copia del certificado de Discapacidad
- **Planilla de datos socio- familiares (FORM 01)**
- Constancia de alumno regular (*vigente* - **FORM 02**) o formulario de NO escolarización (**FORM 03**)
- Resumen de historia clínica (**FORM 04**)
- Orden médica - **con fecha anterior al inicio de la prestación** – (**FORM 05**)
- Tabla FIM confeccionada por un/a Terapeuta Ocupacional (**FORM 06**)
- Informe de Dependencia (*confeccionado por la institución* - **FORM 07**)
- **Presupuesto-Conformidad (FORM 08)**
- Categorización de la Institución
- **Constancia de AFIP o CUIT/CUIL**
- **Planilla de datos del profesional (FORM 09)**
- Declaración jurada de CBU
- Informe de Trabajador Social externo a la institución
- Informe inicial/ Evolutivo/ Plan de tratamiento (**FORM 10**)
- Cronograma (**FORM 11**)
- **Nota de cambio de prestador (en caso de corresponder) (FORM 12)**
- **Conformidad-Normas de facturación (FORM 13)**

\* **Informe de seguimiento semestral y final según mes correspondiente.  
Formulario modelo anexo en instructivo de facturación**

# FORMULARIO PARA ACREDITACIÓN DE PAGO A PRESTADORES EN CUENTAS BANCARIAS

Este formulario tiene carácter de declaración jurada.

Razón Social / Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Entidad bancaria: \_\_\_\_\_

Alias: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N°CBU (Clave Bancaria Uniforme): \_\_\_\_\_

(Compuesto de 22 dígitos)

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable de la cuenta

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Documento:

Cualquier demora que surja en la acreditación de los valores, producto de modificaciones sobre los datos consignados en la presente y que no fueran oportunamente notificados, será responsabilidad del prestador.

# 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
<i>Ejemplo: "Psicología"</i>	<i>Dos sesiones semanales</i>	<i>Enero 2025 a Diciembre 2025</i>

\*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

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

### CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR - FORMULARIO 2

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

Nº de C.U.E (Excluyente): \_\_\_\_\_

Se hace constar que (completar nombre y apellido) \_\_\_\_\_

DNI (completar nº de documento) \_\_\_\_\_ es alumno regular del curso / grado / sala  
(indicar el que corresponda) \_\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ jornada  
Horarios \_\_\_\_\_ ciclo lectivo (indicar año) \_\_\_\_\_

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

En (indicar lugar y/o ciudad) \_\_\_\_\_

a los días \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del establecimiento

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

## NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS – FORMULARIO 3

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

A quien corresponda:

Por medio de la presente informo que *(completar apellido y nombre del asociado/a)* \_\_\_\_\_

no concurre a institución educativa alguna debido a *(indicar el motivo)* \_\_\_\_\_

Dicha situación, abarca el período desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – FORMULARIO 4

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

Diagnóstico *(según indica certificado único de Discapacidad)*

---

---

Antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas

---

---

Medicación indicada

---

---

Parámetros funcionales actuales

---

---

Evolución del cuadro clínico de base en el último año *(fisiátrico - psiquiátrico)*

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico/a tratante

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

## ORDEN MÉDICA – FORMULARIO 5

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

Se indica (*especificar tratamiento*):

---

---

Tipo de jornada (*indicar Simple o Doble*): \_\_\_\_\_

Periodo prestacional (*indicar mes y año, desde - hasta*):

---

Diagnóstico:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico/a tratante

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

## FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) – FORMULARIO 6 (pág 1/3)

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

Institución a la que asiste el paciente: \_\_\_\_\_

Modalidad de la institución: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Independiente	Puntaje
Independiente total.	7 (siete)
Independiente con adaptaciones.	6 (seis)
Dependiente	Puntaje
<b>Solo requiere supervisión.</b> No se asiste al paciente.	5 (cinco)
<b>Solo requiere mínima asistencia.</b> Paciente aporta 75% ó más	4 (cuatro)
<b>Requiere asistencia moderada.</b> Paciente aporta 50% o más.	3 (tres)
<b>Requiere asistencia máxima.</b> Paciente aporta 25% o más.	2 (dos)
<b>Requiere asistencia total.</b> Paciente aporta menos del 25%.	1 (uno)

Items	Actividad	Puntaje
	<b>Autocuidado</b>	
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Higiene	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
	<b>Control de esfínteres</b>	
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
	<b>Transferencias</b>	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
	<b>Locomoción</b>	
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
	<b>Comunicación</b>	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	<b>Conexión</b>	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
<b>Puntaje FIM Total</b>		

Firma y sello del Terapeuta Ocupacional

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

## FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional)- FORMULARIO 06 (pág. 2/3)

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**1- ALIMENTACIÓN** - Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

---

---

**2- ASEO PERSONAL** - Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

---

---

**3- HIGIENE** - Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

---

---

**4- VESTIDO PARTE SUPERIOR** - Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

---

---

**5- VESTIDO PARTE INFERIOR** - Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

---

---

**6- USO DEL BAÑO** - Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

---

---

**7- CONTROL DE INTESTINOS** - Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de ostomía. Frecuencia.

---

---

**8- CONTROL DE VEJIGA** - Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

---

---

**9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS** - Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina, lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

---

---

**10- TRANSFERENCIA AL BAÑO** - Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

---

---

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

### FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional)- FORMULARIO 06 (pág. 3/3)

11- TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA - Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

---

---

12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS - Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

---

---

13- ESCALERAS - Implica subir o bajar escalones.

---

---

14- COMPRENSIÓN - Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, signos, etc.

---

---

15- EXPRESIÓN - Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

---

---

16- INTERACCIÓN SOCIAL - Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

---

---

17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA - Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

---

---

18- MEMORIA - Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

---

---

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL - Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Terapeuta Ocupacional

## 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 de responsable transportista

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

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

### PRESUPUESTO - CONFORMIDAD - FORMULARIO 8

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

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

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

Prestación/especialidad (*completar según nomenclador - mecanismo de integración*):  
\_\_\_\_\_

Período prestacional (*desde mes año - hasta mes año*):  
\_\_\_\_\_

Jornada: Simple /Doble: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Período de ciclo lectivo (*indicar mes y año desde-hasta*): \_\_\_\_\_

Dependencia: Si  No  Categoría: A  B  C

Monto mensual: \_\_\_\_\_

### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

Tto. \ Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios (Desde – hasta)						

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del responsable de la institución

### CONFORMIDAD

"Por la presente, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de prestaciones descripto precedentemente"

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma de beneficiario o representante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

### PLANILLA DE DATOS DEL PROFESIONAL – FORMULARIO 9

Razón social / Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

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

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ (Adjuntar form 576 / flrio de inscripción en AFIP)

Condición frente al impuesto al valor agregado (IVA):

Responsable Inscripto	No responsable	Exento	Responsable no Inscripto	Monotributista	Consumidor Final
-----------------------	----------------	--------	--------------------------	----------------	------------------

(Si es exento deberá presentar copia de constancia de exención)

(Si es monotributista deberá acompañar copia de formulario de inscripción)

Impuesto a los Ingresos brutos N° (completar si corresponde): \_\_\_\_\_

(Adjuntar constancia bancaria certificada de cuenta donde se realizará el pago de la prestación).

RECUERDE:

- La cuenta bancaria deberá pertenecer al profesional que brinde la prestación.  
**No se les depositarán pagos a terceros.**
- El **CBU** de la cuenta deberá estar vinculada al CUIT del profesional que brinda la prestación, de manera excluyente.
- Las **fotocopias** de la documentación a remitir deberán ser firmadas en original.
- El **e-mail** declarado debe utilizarse de manera activa, ya que allí se notificarán las autorizaciones o cambios; en caso de realizar modificación del mismo, por favor informar.

En lo posible, completar dicho ítem en letra **imprenta legible**.

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

### INFORME INICIAL/EVOLUTIVO/PLAN DE TRATAMIENTO – FORMULARIO 10

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

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

PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN – ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

**A) EVALUACIÓN DE INICIO.** Para el caso de prestaciones brindada por primera vez al paciente.

**Instrumentos de evaluación utilizados:**

- Escalas estandarizadas. ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojan? \_\_\_\_\_
- Entrevistas estructuradas/semi estructuradas con el paciente y la familia. ¿Qué consideraciones arrojan? \_\_\_\_\_
- Informes de profesionales tratantes / RHC. ¿Qué aspectos se destacan? \_\_\_\_\_
- Informes escolares de años anteriores ¿Qué indicadores señalan? \_\_\_\_\_

**B) INFORME DE EVOLUCIÓN.** Para el caso de prestaciones que ya se hayan brindado en períodos anteriores, de la misma manera o con modificaciones.

Se cumplieron los objetivos planteados: SI / NO Observaciones: \_\_\_\_\_

Resultados observables del tratamiento: \_\_\_\_\_

**A Y B) ) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL.** Completar en todos los casos

1- Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)

2- ¿Cuál será el horario de asistencia?

3- ¿Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI - NO ¿Con qué frecuencia?

4- ¿Se realiza abordaje familiar? SI /NO ¿Con qué frecuencia?

5- Completar cronograma de todas las actividades terapéuticas del paciente (*ver aparte*)

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional

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

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

## CRONOGRAMA DE PRESTACIONES ESPECIALES – FORMULARIO 11

Nombre y Apellido del beneficiario: \_\_\_\_\_

Todos los profesionales y/o familiares o la persona con discapacidad deberán completar un único **cronograma** con el total de las prestaciones percibidas.

- A. En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin. **Se acuerda que el tiempo establecido por sesión es de 45-60 minutos.**
- B. En los ítems DÍAS, indicar la prestación que recibe

Horario		Días					
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
07: ____	____ : ____						
08: ____	____ : ____						
09: ____	____ : ____						
10: ____	____ : ____						
11: ____	____ : ____						
12: ____	____ : ____						
13: ____	____ : ____						
14: ____	____ : ____						
15: ____	____ : ____						
16: ____	____ : ____						
17: ____	____ : ____						
18: ____	____ : ____						
19: ____	____ : ____						
20: ____	____ : ____						
21: ____	____ : ____						

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## CAMBIO DE PRESTADOR – FORMULARIO 12

A quien corresponda:

Por la presente, solicito cambio de prestador de (indicar prestación, por ejemplo: "Psicología" ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

para el asociado \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ A partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_,

dejará de asistir con (indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistía) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y comenzará a asistir con (indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistirá) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a partir del mes de: \_\_\_\_\_ del año: \_\_\_\_\_

El motivo del cambio (detallar motivos del cambio de prestador) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

### CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN- FORMULARIO 13

Por medio de la presente dejo constancia que he leído e interpretado las normas de facturación adjuntas, aceptando y dando mi conformidad sobre lo que allí se establece.

---

Firma de beneficiario o responsable

---

Firma y sello profesional/institucion