

ANEXO I - 2

CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yocon Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)_____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)_____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)_____

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Parentesco:

Domicilio:

IF-2020-67649363-APN-SSS#MS