

PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DOCUMENTACION REQUERIDA (PRESTADORES NO CONVENIDOS)

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

- ✓ Indicación Médica (Formulario Oficial DAS).
- ✓ Presupuesto con membrete, firmado y sellado donde conste teléfono de contacto y correo electrónico.
- ✓ Acta de acuerdo Apoyo a la Integración Escolar.
- ✓ Fotocopia del título habilitante (Por única vez).
- ✓ Fotocopia del Registro Nacional de Prestadores.
- ✓ Constancia de CUIT.
- ✓ Planilla de Datos Bancarios del Prestador y Constancia de CBU (Por única vez. Ante modificación de Razón Social y/o cuenta bancaria deberá informarlo).

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIAS ESPECIALES

Adolfo Alsina 1825 CABA (CP 1090) – 4TO PISO

RECEPCION DE DOCUMENTACION: PB “EDIFICIO ENTRE RIOS” de LUNES a VIERNES de 8 a 20hs.

TEL. 0810-222-0317 INT. 06 (011) 4384-7455

EMAIL: patologiasespeciales.das@das.gob.ar