

## PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

### INDICACIÓN MÉDICA: PRESTACIONES DE APOYO

PACIENTE: .....

Nº DNI: .....

DIAGNÓSTICO: .....

---

PRESTACIÓN: .....

PERÍODO: .....

FRECUENCIA: .....

PRESTACIÓN: .....

PERÍODO: .....

FRECUENCIA: .....

PRESTACIÓN: .....

PERÍODO: .....

FRECUENCIA: .....

OBSERVACIÓN: .....

.....

TELÉFONO DE CONTACTO:

CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA:

FIRMA Y SELLO  
DEL PROFESIONAL:

**IMPORTANTE:** De acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 428/99: "El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención, deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas", de lo contrario deberá presentar un justificativo que avale lo solicitado.