

PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DOCUMENTACIÓN 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 PATOLOGÍAS ESPECIALES

Adolfo Alsina 1825 CABA (CP 1090)

RECEPCION DE DOCUMENTACIÓN: LUNES a VIERNES de 8 a

17hs. TEL. 0810-222-0317

EMAIL: contacto@das.gob.ar