

## Departamento de Patologías Especiales.

Ciudad Autónoma de Bs. As., .....

El que suscribe .....

DNI .....

En carácter de .....

Domicilio particular:

Calle: .....Piso:.....Dpto: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: .....E-Mail: .....

---

**SOLICITA LA INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE PRESTACIONES  
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE:**

---

Apellido del beneficiario .....

Nombre del beneficiario .....

DNI .....

Fecha de nacimiento .....

Nacionalidad .....

Estado civil .....

Domicilio particular .....

Diagnóstico .....

Fecha del diagnóstico efectuado por institución.....

Asimismo ACEPTA PARA SU INCLUSIÓN AL PROGRAMA el cumplimiento de los siguientes requerimientos y normas:

- 1) El beneficiario o su representante legal reconoce que la inclusión y cobertura en el Programa solicitada, no es obligatorio para la DAS, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia en tanto el beneficiario haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento.
- 2) La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno a favor del beneficiario o su representante legal.
- 3) Las inclusiones de los módulos son los únicos beneficios que pueden solicitar y los valores son tope máximos de precio a cubrir.
- 4) El beneficiario o su representante legal declina de efectuar presentaciones referente a solicitud de coberturas por fuera de las inclusiones, condiciones y/o prestadores específicos, como también de tramitar reintegros por pagos efectuados por fuera de los tope establecidos.
- 5) La presente solicitud se encuentra acompañada de la siguiente documentación:
  - A. Fotocopia de DNI del beneficiario.
  - B. Fotocopia de DNI del padre, tutor o representante legal del beneficiario mismo.
  - C. Fotocopia del carnet de afiliación del beneficiario.
  - D. Certificado de diagnóstico, tratamiento y evaluación efectuada por profesionales de la red de prestadores de la DAS, avalando la necesidad del mismo fundada en los hechos concretos.
  - E. Certificación de la discapacidad extendida por el Ministerio de Salud de la Nación.
- 6) La solicitud y documentación se presentará en el Centro de Atención Prestaciones Especiales, donde se verificará la documentación mencionada en los puntos anteriores, otorgándole un número de expediente el cual será girado para su evaluación al Departamento de Patologías Especiales.
- 7) La presentación de la solicitud no implica aceptación alguna por parte de la DAS, el Departamento de Patologías Especiales evaluará la documentación y la petición y efectuará las consultas necesarias para determinar la inclusión en el módulo correspondiente para lo cual, y en los casos que lo determine, también deberá contar con el informe de relevamiento efectuado por asistente social sobre condiciones de contención familiar y socioeconómico del hogar.
- 8) El beneficiario, padres, tutor y/o representante podrán ser citados las veces que así lo requiera el trámite de resolución.
- 9) El Departamento de Patologías Especiales determinará la frecuencia de seguimiento, los informes a solicitar y los tipos de control a efectuar a los beneficiarios bajo programa a los efectos de evaluar el impacto del mismo en la discapacidad, para lo cual llevará un historial y registro por beneficiario.
- 10) El beneficiario dará conformidad a lo resuelto firmando en el expediente citado.
- 11) La liquidación y pago de las prestaciones se practicará por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente, para pago a prestadores convenidos.

Declaro que los datos y documentos suministrados son verdaderos y que acepto las condiciones antes mencionadas,

Ciudad Autónoma de Bs. As., .....de.....de.....

FIRMA y ACLARACIÓN, DNI DEL BENEFICIARIO y/o REPRESENTANTE LEGAL y N° DE AFILIADO