

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.