



OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS

I.N.O.S. N° 10320/4

BV. OROÑO 1085

TEL.: (0341)444-8016/8022

ROSARIO (PCIA. DE SANTA FE)

REQUISITOS PARA LA CARGA EN PLATAFORMA DE SERVICIOS EDUCATIVOS-FORMACIÓN LABORAL

Escuelas Especiales

1. **Certificado único de Discapacidad**
2. **Pedido médico (RP)** de la prestación solicitada
3. **Conformidad** (anexo III) firmada por madre/padre o tutor (en caso de ser menor de edad)
4. **Resumen de Historia clínica** (mismo médico que firma el RP)
5. **Presupuesto**
6. **Constancia de asistencia a la institución:** fechada con mes que inicia concurrencia.
7. **Constancia de alumno regular:** de la escuela a la que asiste
8. **Cronograma:** de actividades diarias/ semanal
9. **Plan pedagógico individual, Informe evaluativo inicial o evolutivo,** con objetivos individualizados del beneficiario, firmado por todo el equipo que brinda la prestación
10. **Informe semestral:** se entrega con la facturación.
11. **Categorización y Habilitación del ministerio de SALUD de la provincia de Sta Fe.**
12. **Constancia de Inscripción en Afip:**



**OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS
Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS**
I.N.O.S. N° 10320/4

BV. OROHO 1085

TEL.: 0810-444-8016

ROSARIO (PCIA. DE SANTA FE)

Cumplimentar sin errores, tachaduras o enmiendas

Prescripción médica para:

EDUCACIÓN ESPECIAL

FECHA: _____/_____/_____

(del mes anterior al periodo solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

D.N.I.: _____

Nº de afiliado: _____

Diagnostico según CUD: _____

Solicito		
Escolaridad pre-primaria	<input type="checkbox"/>	
Escolaridad primaria	<input type="checkbox"/>	
Formación laboral	<input type="checkbox"/>	
Aprestamiento laboral	<input type="checkbox"/>	
EN JORNADA	<input type="checkbox"/> SIMPLE	<input type="checkbox"/> DOBLE

Periodo: Desde _____

Hasta _____

Año _____

.....
Firma y sello del médico tratante

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo..... con Documento Tipo (.....) N°....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. **Prestación:**

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

2. **Prestación:**

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

3. **Prestación:**

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

4. **Prestación:**

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA: / / .

Apellido y nombre :

Obra Social:

Nº DNI:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Antecedentes y datos del examen clínico:

Diagnóstico / capacidad funcional (sensorial/mental, motora)

Evolución del paciente en el último año:

En relación a la alimentación / vestido / higiene personal

Dependiente:

Autovalido

Firma Médico Tratante:

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Si - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS