



# PLAN DE DISCAPACIDAD



## CHEKLIST INTERNACIÓN/PRESTACIONES DIARIAS

Para HOGAR RESIDENCIA O PEQUEÑO HOGAR (módulo de alojamiento permanente/  
módulo de alojamiento de lunes a viernes)

- **FORM 020/038** Prescripción médica en original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad, tipo de asistencia (Permanente o de Lunes a Viernes) y el periodo por el cual se solicita cobertura. Se debe indicar el tipo de jornada que realizará el socio, debiendo especificarse el tipo de asistencia (Permanente o de Lunes a Viernes). El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
- Informe Socio-ambiental. será necesario realizar un informe socio – ambiental , a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar. El mismo será realizado por el equipo de Trabajadoras Sociales DASMI y estará sujeto a consideración por parte de DASMI para determinar cobertura
- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación. **FORM 008**
- Plan de trabajo a desarrollar indicando objetivos terapéuticos. **FORM 015**
- Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por el responsable de la institución, con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc según corresponda. **FORM 040**
- Escala FIM si se solicita dependencia. **FORM 014/006**

**En caso de que la prestación sea por reintegro:**

- Presupuesto de la institución en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FORM 043**
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (Art. 29 – Ley 23.660).
- Se deberá presentar Constancia de Inscripción vigente con el texto completo y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

**Cambio de prestador**

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestación contemplada dentro del Programa de discapacidad ya otorgada, la documentación debe remitirse con hasta 30 días de anterioridad a la novedad. **FORM 017**

PARA INTERNACIÓN REHABILITACIÓN(modulo de alojamiento permante/  
modulo de alojamiento de lunes a viernes)

- Formulario de solicitud prestacional.
- Prescripción médica en original/scan de original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FOR SER ENF 038**
- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación. **FOR SER ENF 008**
- Plan de trabajo a desarrollar indicando objetivos terapéuticos. **FOR SER ENF 015**  
Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por el responsable de la institución, con fecha anterior al inicio del tratamiento. El mismo debe indicar periodo, lugar de atención, tipo de jornada, días y horarios, etc. según corresponda. **FOR SER ENF 040**

**En caso de que la prestación sea por reintegro:**

- Presupuesto de la institución en original/scan de original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable. **FOR SER ENF 043**
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (Art. 29 – Ley 23.660). Se deberá presentar Constancia de Inscripción vigente con el texto completo y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Constancia de Inscripción en la AFIP (CUIT)

**Cambio de prestador** En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestación contemplada dentro del Programa de discapacidad ya otorgada, la documentación debe remitirse con hasta 30 días de anterioridad a la novedad. **FORM 017**

#### PARA CUIDADOS DOMICILIARIOS

- Prescripción médica en original/scan de original con fecha anterior al inicio de la prestación, indicando específicamente la modalidad y el periodo por el cual se solicita cobertura. **FORM 038**
- Resumen de Historia Clínica en original con fecha anterior al inicio de la prestación. **FORM 008**
- Constancia actualizada del ANSES de no poseer otro beneficio previsional y/o afiliación obra social vigente (Certificación Negativa) de la persona para quien se solicita el beneficio.
- De contar con afiliación a otra Obra Social, deberá presentar constancia extendida por dicha Obra Social, en la que acredite no contar con la Prestación de Internación Domiciliaria.
- Medida de independencia funcional **FORM 014**
- Presupuesto de prestaciones profesionales individuales **FORM 044**
- consentimiento individual **FORM 007**

**Cambio de prestador** En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad de prestación contemplada dentro del Programa de discapacidad ya otorgada, la documentación debe remitirse con hasta 30 días de anterioridad a la novedad. **FORM 017**