



Prestaciones de Rehabilitación/Educativas Discapacidad INDICACIÓN MÉDICA DE PRESTACIÓN INSTITUCIONAL

Sr. Profesional, por favor completar esta indicación en letra imprenta, mayúscula legible.
Muchas gracias por su colaboración.

DATOS IDENTIFICATORIOS

.....
Apellido y Nombre del Afiliado

.....
Nº S.S. OSPF

.....
CUIL

.....
Edad

DIAGNÓSTICO

SOLICITUD DE PRESTACIÓN

Tipo de Establecimiento:

- Escuela Especial
- Centro de Día
- Centro Educativo Terapéutico
- Formación Laboral
- Hogar (Especificar: L a V o Permanente)
- Otro (especificar)

Jornada:

- Simple
- Doble

Requiere Dependencia (*) Si No

Período de solicitud:

Desde (mes y año):

Hasta (mes y año):

El período puede ser hasta anual (ej.: desde enero hasta diciembre; desde marzo hasta diciembre).

Las prestaciones de educativas (Escuela Especial, Formación Laboral) deben ser solicitadas respetando el período del ciclo lectivo.

.....
Fecha (Anterior al inicio del período)

.....
Firma y Sello del Profesional

(*) En caso de requerir dependencia, por favor adjuntar el Índice de Escala FIM.