

ANEXO I - 1

PRÓRROGA POR CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021 .

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

En aquellos casos que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales/prestadores acuerden la **CONTINUIDAD** de las prestaciones que venía recibiendo en el año 2020, se deberá presentar ante la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga la siguiente documentación:

La Persona con Discapacidad, familiar responsable/figura de apoyo:

- Conformidad de la Prestación, según modelo detallado **ANEXO I.1.1**

En el mismo se deberá detallar la/s prestación/es por las que brinda conformidad respecto de su continuidad, en igualdad de condiciones a las autorizadas en el período prestacional 2020, pudiendo realizarse en forma manuscrita.

El Prestador:

- Informe Evolutivo de la Prestación brindada.
- Plan de Abordaje para el período ASPO 2021. Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas.
- Transporte, Informe de la prestación brindada en 2020 y a realizar en 2021, según modelo detallado **ANEXO I 1.2**

BAJA DE LA PRESTACIÓN

En aquellos casos que se desee dar la **BAJA** de la/s prestación/es, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberá informarlo a la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga por medios digitales o los habilitados por la entidad.

Si la persona con discapacidad presenta dificultad o registra algún incumplimiento de esta norma por alguna de las partes, podrá solicitar orientación a la Unidad a través del siguiente mail:

orientaciondiscapacidad@sssalud.gob.ar

ANEXO I - 2

CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yocon Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)_____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)_____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad: (presencial/virtual)_____

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma:

Aclaración:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Parentesco:

Domicilio:

ANEXO I 1.2

INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes _____ de 2021.

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Número de DNI:

PERÍODO ASPO / DISPO 2020

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

SÍ NO MOTIVO: _____

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte?

¿Qué tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE: ALIMENTOS MATERIAL DIDÁCTICO OTROS _____

PRESENCIAL

PERÍODO APSO / DISPO 2021

PRESTACIÓN

TIPO DE ASISTENCIA

	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2020-66692666- -APN-SSS#MS ANEXO I

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.