



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Subsidios por Discapacidad 2026

Instructivo para Beneficiarios

Trámites 2026

Recepción a partir del día 1º de noviembre de 2025

Nuevas prestaciones y/o las modificaciones sobre las ya presentadas, deberán solicitarse con anterioridad a su inicio y hasta los 30 días posteriores de producida la novedad.

Toda la documentación requerida por el Sector Discapacidad de OSOEFERNYN se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

INDICE

1. OBJETIVO	3
2. LINEAMIENTOS GENERALES	3
3. DOCUMENTACION A PRESENTAR	3
4. MODALIDADES PRESTACIONALES	6
5. DEPENDENCIA	10
6. CAMBIO DE PRESTADOR	11
7. CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO	11
8. RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA	11
9. ANEXOS (Documentación)	12



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

1. OBJETIVO

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un subsidio por discapacidad.

2. LINEAMIENTOS GENERALES

- Se emitirá autorización por Subsidio por Discapacidad en caso de solicitarse la cobertura de alguna de las modalidades comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
- Sólo puede iniciarse trámite de Subsidio por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad.
- El trámite de Subsidio por Discapacidad debe realizarse en la Delegación cabecera de cada beneficiario; **solo serán recepcionados en el Área Discapacidad Central, los trámites correspondientes a beneficiarios con Delegación Cipolletti, Rio Negro.**
- Toda la documentación requerida para solicitar el alta de un subsidio por discapacidad debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra. La misma está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de entes oficiales.

3. DOCUMENTACION A PRESENTAR

3.1 Documentación general:

3.1.1 *Fotocopia del certificado de discapacidad vigente:*

El certificado debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3- Ley 22.431/87) y debe encontrarse vigente al momento de la solicitud.

En caso de que aún el beneficiario no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, **NO PODRÁ** presentar trámite solicitando Subsidio por Discapacidad.

No será válida la gestión de Subsidio por Discapacidad solo con la constancia del turno obtenido para tramitar el Certificado de Discapacidad.

En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad, pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

3.1.2 *Nota manuscrita de solicitud de subsidio del beneficiario titular.*

La nota debe ser manuscrita y en original (Ver modelo en los Anexos).

3.1.3 *Fotocopia de D.N.I. (Titular y Causante).*

3.1.4 *Constancia de CUIL (Titular y Causante).*

3.1.5 *Formularios.*



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

3.1.7 Original de Resumen de historia clínica

Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación.

Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario causante y actualizado.

3.1.8 Original de Prescripción médica

Debe presentarse **la prescripción médica original** de todas las prestaciones requeridas, con **firma y sello legible** del médico tratante.

La fecha de emisión de la prescripción, debe ser **anterior** al período solicitado para la prestación (*Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/2025, la fecha debe ser 28/02/2025 o anterior*).

Si se solicitan prestaciones ambulatorias por sesión, debe indicar **especialidad y cantidad semanal o mensual de sesiones** requeridas para cada una de ellas.

Si se solicita concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el **tipo de jornada** (simple o doble).

En caso de solicitar **dependencia**, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM. (Ver Anexo 8.8)

La prescripción **NO** puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

Las autorizaciones correspondientes a las modalidades requeridas quedarán sujetas al dictamen del Equipo Interdisciplinario perteneciente a la AUDITORIA MEDICA DE OSOEFERNYN, en los casos en que fuera requerida su intervención.

3.1.9 Plan de trabajo (excepto para la modalidad de transporte).

En el mismo se debe detallar los objetivos que se desarrollarán en el transcurso del tratamiento



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

3.1.10 Presupuestos y Consentimientos:

Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por los prestadores de cada prestación brindada. En el caso de Transporte, debe presentar el consentimiento del diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje. A continuación se presentan los diferentes presupuestos según la modalidad solicitada:

3.1.10.1 Presupuesto para instituciones y/o profesionales tratantes

- Modelo Instituciones Educativas (Anexo 8.2)
- Modelo Instituciones (Anexo 8.3)
- Modelo Tratamientos / Maestro de Apoyo (Anexo 8.4)

3.1.10.2 Presupuesto de transporte.

- Modelo Transporte (Anexo 8.5) - Se debe presentar un presupuesto por destino -

Conforme lo dispuesto por la Res.887-E/2017 de la Superintendencia de Servicios de Salud, los pagos serán efectivizados única y exclusivamente mediante transferencia bancaria a la cuenta del prestador.

Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la Razón Social (CUIT) de la facturación presentada.

Los prestadores deberán cumplimentar, en carácter de Declaración Jurada la nota que como Anexo se incorpora al presente o acompañar el comprobante bancario correspondiente con su firma al pie.

Si existe alguna modificación de Cuenta Bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota o comprobante bancario a contaduria@osoefrnyn.org



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

4. MODALIDADES PRESTACIONALES

4.1 - Prestaciones Ambulatorias

4.1.1 Prestaciones de Apoyo

Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal (se excluye como prestación principal a los módulos de Atención Ambulatoria 4.1.2).

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales. Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en alguna de las otras modalidades previstas.

La solicitud de estas prestaciones deberá estar debidamente justificada en el plan de tratamiento respectivo.

Se considera que cada sesión implica una carga horaria mínima de 45 minutos.

4.1.2 Módulo de Atención Ambulatoria

Cuando el beneficiario requiera una mayor carga horaria de atención por sesiones, se reconocerá la modalidad como Atención Ambulatoria:

- **Tratamiento Integral Intensivo:** comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes.)
- **Tratamiento Integral Simple:** cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales (lunes a viernes.)

4.1.3 Hospital de Día

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación.

No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos.

4.1.4 Estimulación Temprana

*Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de **0 a 4 años de edad cronológica y eventualmente hasta los 6 años.***

Se considera que cada sesión implica una carga horaria mínima de 45 minutos.

Solo se autorizará esta prestación a aquellos centros que estén categorizados para brindar esta modalidad.

Documentación para prestaciones ambulatorias

- Documentación general (Punto 3.1)
- Documentación específica:

-Si la prestación es brindada por instituciones: constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).

-Si la prestación es brindada por profesionales: fotocopia de título habilitante. Los kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, musicoterapeutas y terapeutas ocupacionales, así como los psicopedagogos y psicomotricistas egresados de una universidad, deberán además, remitir fotocopia de la Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

-Si la prestación es brindada por profesionales que conforman una **Sociedad de Hecho**: constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) de dicha Sociedad.

4.2 – Prestaciones Educativas

4.2.1 Educación Inicial

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

4.2.2 Educación General Básica

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

4.2.3 Formación Laboral

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

Documentación para prestaciones educativas

- Documentación general (Punto 3.1)
- Documentación específica:

- Se deberá presentar el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad.

4.2.4 Apoyo a la Integración Escolar (AIE)

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin.

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente)** hasta la finalización del nivel de educación secundaria.

De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar:

- Instituciones categorizadas para la modalidad AIE.
- CET con Integración Escolar.
- Instituciones categorizadas para las modalidades Educación Inicial y Educación General Básica.

Documentación para Apoyo a la Integración Escolar:

- Documentación general (Punto 3.1)



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

- Documentación específica:

- Se deberá presentar el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad.
- Plan de trabajo con sus objetivos y adaptaciones curriculares, firmado por un representante de la institución a cargo del AIE y por la máxima autoridad de la escuela común (todas las firmas y sellos en original).
- Acta acuerdo entre la escuela y el prestador: firmada por un representante de la institución a cargo del AIE, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas y sellos en original).
- Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo 2025. **Dicha constancia debe indicar el número de CUE.**

4.2.5 Maestro de Apoyo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente)** hasta la finalización del nivel de educación secundaria.

De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria mínima de 24 hs mensuales, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora.

Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo:

- Profesionales acordes a la discapacidad del beneficiario, preferentemente con formación docente o psicopedagogo.
- El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Documentación para Maestro de Apoyo

- Documentación general (Punto 3.1) Documentación específica:
 - Título habilitante del profesional y en caso de corresponder, remitir fotocopia de la Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).
 - Plan de trabajo con sus objetivos y adaptaciones curriculares, firmado por el profesional a cargo del apoyo y por la máxima autoridad de la escuela común (todas las firmas y sellos en original).
 - Acta acuerdo: firmada por el profesional a cargo del módulo, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas y sellos en original).
 - Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo 2025. **Dicha constancia debe indicar el número de CUE.**



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

4.3 - Centro Educativo Terapéutico – Centro de Día

4.3.1 Centro Educativo Terapéutico

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

4.3.2 Centro de Día

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de auto-valimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

Documentación para CET / Centro de Día

- Documentación general (Punto 3.1) Documentación específica:
-

- Se deberá presentar el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad.

4.4 - Internaciones

4.4.1 Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, permanente o de lunes a viernes.

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de auto-valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

En caso de solicitar alguna de estas modalidades, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada: el médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar. Asimismo, en caso que el beneficiario tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.

Documentación para internaciones

- Documentación general (Punto 3.1)
- Documentación específica:

- Se deberá presentar 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.

- Informe Socio-ambiental que avale la necesidad del módulo Hogar, **suscripto por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.**

4.4.2 – Internación en Rehabilitación

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de un proceso de duración limitada y con objetivos definidos, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentando por un equipo multidisciplinario”

La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.

En caso de solicitar INTERNACIÓN EN REHABILITACIÓN, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada.

Documentación para Internación en Rehabilitación

- Documentación general (Punto 3.1)
- Documentación específica:

-Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).

4.5 - Transporte especial

*El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. **Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.14, art 22 inc a).***

No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino.

De acuerdo a Res 1192/15 – MS, la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georeferenciamiento utilizado, y será abonada por mes entero. Dicha prestación, considerada modular, estará sujeta a débito cuando el servicio sea prestado en menos de un 80 % del periodo en cuestión. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos en el módulo, los días del receso invernal.

5. DEPENDENCIA

El índice de independencia funcional (FIM), – Anexo 8.8- no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

Subsidios por discapacidad 2025



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia, y en los casos en que se encuentre debidamente justificado, para las siguientes modalidades: Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico y Transporte.

6. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con subsidio por discapacidad ya otorgado, **la documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad:**

- Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio (ANEXO 8.7)
 - Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
 - Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
 - Firma, aclaración y número de documento del titular
- Documentación pertinente al nuevo prestador (según corresponda a la modalidad).

7. CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO

7.1 Casos de fallecimiento del beneficiario causante.

- Certificado de defunción.
- Nota del beneficiario titular informando la fecha de finalización del tratamiento.

7.2 Abandono del tratamiento.

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.

8. RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA

Solo se recepcionarán solicitudes con documentación completa.

En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente.

Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación escrita desde el Sector de Discapacidad, debiendo cumplimentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al expediente. Si el trámite se originó en una Delegación, la notificación será remitida a la misma por correo interno.

Si se trata de un beneficiario con delegación cabecera Congreso y su trámite se recepcionó en el Área discapacidad Central, la notificación será remitida por correo al domicilio declarado.



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2026

ANEXOS

(Documentación)



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Anexo 8.1 – Complemento Encuesta Social- Hoja 1/2

- Datos a completar del paciente**

Apellido y Nombre	
DNI	
Nº CUIL	
Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Domicilio actual	
CP – Localidad	
Provincia	
Tipo de afiliación	Directo () - Monotributista () - Jubilado () – Otro ()
Apellido y Nombre del padre	
Teléfono de contacto del padre	
Apellido y Nombre de la madre	
Teléfono de contacto de la madre	
Correo electrónico de contacto	



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8



2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Anexo 8.1 – Complemento Encuesta Social- Hoja 2/2

- Personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia

Vinculo	Nombre y Apellido	DNI	Firma
Madre			
Padre			



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Anexo 8.2 Presupuesto Instituciones Educativas / Apoyo a la Integración Escolar

Fecha de emisión:

Prestador: CUIT:

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación):

Condición frente a IVA: Inscripto ☐ Monotributo ☐ Exento ☐

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto ☐ Conv. Multilat ☐ Exento ☐

Nº IIBB:

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período Ciclo Lectivo: Año: Almuerzo: Si ☐ No: ☐

Matricula anual: Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

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

Firma Responsable de Institución

Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario: DNI:

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Anexo 8.3 Presupuesto Instituciones

Fecha de emisión:

Prestador: CUIT:

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación):

Condición frente a IVA: Inscripto ☐ Monotributo ☐ Exento ☐

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto ☐ Conv. Multilat ☐ Exento ☐

Nº IIBB:.....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: Año:.....

Dependencia: Si ☐ No ☐ Almuerzo: Si ☐ No ☐

Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

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

Firma Responsable de la Institución

Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario: DNI:

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Anexo 8.4 Presupuesto Tratamientos / Maestra de Apoyo

Fecha de emisión:

Prestador: CUIT:

Domicilio de atención:

Teléfono: Mail de contacto:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación):

Condición frente a IVA: Inscripto ☐ Monotributo ☐ Exento ☐

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto ☐ Conv. Multilat ☐ Exento ☐

Nº IIBB:.....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante: DNI:

Prestación / Especialidad:

Período: Año:..... Cantidad de sesiones mensuales:

Monto Sesión: Monto Mensual:

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

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

Firma Responsable

Aclaración

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto

precedentemente al beneficiario: DNI:

Firma Beneficiario o representante

Aclaración: _____

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

WhatsApp 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Anexo 8.5 - Presupuesto Transporte

Fecha de Emisión:...../...../.....

Prestador: CUIT:

Domicilio:

Teléfono: Mail de contacto:

Compañía de Seguros: Póliza N°:

Orden de emisión de cheque:

Entidad Bancaria: (CBU):

Lugar de Pago (Delegación):

Condición frente a IVA: Inscripto Monotributo Exento

Condición frente a Ing. Brutos: Inscripto ☐ Conv. Multilat ☐ Exento ☐

N° IIBB:.....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario Causante:..... DNI:.....

Prestación a brindar Transporte Especial a:

(Tipo de prestación o institución)

Período:

Año:.....

IDA:

Desde:

Hasta:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
Km ida						

VUELTA:

Desde:

Hasta:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario						
Km vuelta						

TOTAL KM DIARIOS

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Km Ida+ Km Vuelta						

Total Km. Mensuales:

Días mensuales (hasta)..... Viajes mensuales (hasta)..... Monto por Km.:.....

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Si ☐ No ☐ Monto mensual:.....

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descripto precedentemente al beneficiario: DNI:

Firma y Aclaración Beneficiario o representante

Firma y Aclaración del Transportista



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

WhatsApp 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Anexo 8.6 Planilla de solicitud de transporte.

Nombre y Apellido del beneficiario causante:

D.N.I:

- Actividad laboral de los padres**

	Nombre y Apellido	Actividad	Turno/Horario
Madre			
Padre			

- Hermanos**

Nombre	Edad	Actividad	Turno/Horario

- Diagnóstico**

- DSM IV –CIE X:**

Deficiencia

-

Justificación médica de la solicitud

-

Profesional solicitante

Firma y sello



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Anexo 8.7 Nota de solicitud de cambio de prestador

....., de..... de 202.....

Beneficiario causante:

DNI/LC/LE:

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la **baja** de la prestación de .

..... a cargo de

(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, EGB, etc)

..... a partir del día/...../.....

(Nombre del profesional y/o institución)

Solicito **nueva alta** para subsidio de la prestación de.....,

a cargo de a partir del día/...../..... y por el
(Nombre del profesional y/o institución)

período..... año.....

Paciente o responsable
Firma
Aclaración
DNI
Vínculo



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

WhatsApp 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Anexo 8.8 Tabla para valoración de dependencia

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido del beneficiario causante:

D.N.I:

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	<u>Autocuidado</u>	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		<u>Control de esfínteres</u>	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		<u>Movilidad</u>	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
	11. Traslado en bañera o ducha		
	<u>Ambulación</u>		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
	13. Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo 35 puntos	<u>Comunicación</u>	
14. Comprensión			
15. Expresión			
<u>Conocimiento social</u>			
16. Interacción social			
17. Solución de problemas			
18. Memoria			
Total			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

Nombre y Apellido del beneficiario causante:

D.N.I:

JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA EN:.....

Evaluación global – Datos relevantes para la modalidad

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuro-psicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente:

Firma y sello de los profesionales intervinientes



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8



2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

NOTA MANUSCRITA

....., de de 202.....

Estimados Sres/as de OSOEFERNYN:

A través de la presente quien subscribe
Nombre y apellido del Titular *DNI*

solicito para mi
Parentesco *Nombre y apellido del Causante*

domiciliado en
(Dirección, Localidad), las siguientes

prestaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lo saluda atentamente,

.....
Firma

.....
Aclaración



Obra Social de Obreros Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

 2995766927



Mengelle 130 (8324) Cipolletti (R.N.)

INFORMACION BANCARIA PARA EL COBRO DE FACTURACIONES

RAZON SOCIAL O NOMBRE Y APELLIDO DEL PRESTADOR:.....

TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO:.....

NRO. DE CUIT (COINCIDENTE CON LA FACTURACION):.....

NRO. DE CUENTA CORRIENTE O CAJA DE AHORRO:.....

BANCO:.....

CBU (CORRESPONDIENTE AL CUIT DE LA FACTURACION):.....

DIRECCION DE MAIL DE CONTACTO:.....

FIRMA.....

ACLARACION:.....

FECHA:.....

*RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO O ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU
IMPRESO DEL BANCO, ATENTO QUE EL UNICO MEDIO DE PAGO SERÁ LA
TRANSFERENCIA BANCARIA.*