

Fecha ____/____/____

**SOLICITUD DE PRESTACIONES (FORM.1)
UDYAM (UNIDAD DE DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES)**

Delegación (sede de tramitación)	DNI
Apellido y nombre del beneficiario	
E-mail	Tel.
Médico tratante	Matrícula
CUD: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vigencia
Diagnóstico	
Medida judicial: Sí <input type="checkbox"/> (adjuntar copia de Resolución) No <input type="checkbox"/>	
Determinación de capacidad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Primera solicitud <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>
Cambio de prestador: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Cobertura/Subsidios solicitados

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

CONDICIONES GENERALES

- El acceso a las coberturas o subsidios será previo al inicio de las prestaciones que se soliciten y mediante la intervención obligatoria de los equipos de cada delegación.
- Las prestaciones serán brindadas mediante prestadores propios o convenidos por IOSFA, debiéndose autorizar efectores fuera de cartilla de manera excepcional y debidamente justificada. Se reconocerán efectores ajenos a IOSFA cuando se tratase de una continuidad del prestador previamente autorizado y/o casos judicializados cuya medida se encuentre vigente.
- Todas las prestaciones deben contar con Autorización expresa. A tal fin la documentación requerida para dar inicio al proceso de auditoría, debe ser presentada en forma adecuada y completa 15 (QUINCE) días antes –como mínimo- del inicio de la prestación.

Deberá ser presentada por el beneficiario, propiciándose en todo momento la autonomía de los afiliados titulares de un CUD cuando esto resultase posible, aún cuando el mismo no revista el carácter de afiliado titular. En su defecto podrán efectuarse los requerimientos por intermedio del familiar/responsable/tutor del mismo.
- Toda la documentación necesaria está detallada en el Anexo 1 de este Formulario.

- La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y entregada en soporte papel en Delegación o enviada mediante un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.
- La aceptación de la documentación no implica la aprobación automática del abordaje solicitado. La presentación parcial o incompleta de la documentación suspende el proceso de auditoría hasta la subsanación del defecto.
- La tramitación de la cobertura/subsidio deberá realizarse en su totalidad en una sola Delegación a la vez.
- Cuando las prestaciones sean solicitadas por primera vez, previo a dar curso al proceso de auditoría, el equipo interdisciplinario local coordinará una entrevista con el afiliado y con quien este designe como apoyo. La entrevista seá para guiar y orientar respecto de los requisitos y plazos para acceder a las coberturas/subsidios, informar acerca de los prestadores de cartilla, ofrecer acciones de prevención y promoción y obtener datos personales, del entorno familiar, institucional/o de intervenciones profesionales y social del afiliado. La entrevista reviste carácter obligatorio para el afiliado y para el equipo auditor.

En caso de no resultar posible la entrevista con el beneficiario, la misma podrá celebrarse con el familiar/tutor/apoyo del mismo.

- El afiliado/familiar/responsable/tutor deberá concurrir a la entrevista con un Informe profesional inicial en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación que fundamentan las prestaciones a solicitar.
- Se reconocerá como fecha de inicio de la cobertura/subsidio la solicitada en la orden médica, siempre que el expediente se encuentre correctamente conformado con la totalidad de la documentación respaldatoria exigible para todas y cada una de las prestaciones requeridas dentro de los 30 (TREINTA) días de emitida la prescripción médica. Caso contrario, la cobertura/subsidio será reconocido a partir de la fecha en la que se acredite haber dado cumplimiento total a los requisitos de presentación.

Quedan exceptuadas las prestaciones educativas respecto de la Constancia de alumno regular y el Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Ambas, podrán ser presentadas dentro de los 60 (SESENTA) días corridos a partir del inicio del período lectivo.

- No se otorgarán coberturas/subsidios cuando:

- El CUD hubiese sido expedido con posterioridad al comienzo de la prestación requerida o se encontrase vencido, y/o no se presentase en tiempo y forma la constancia del turno para su renovación.
- La documentación respaldatoria posea fecha superior a 30 (TREINTA) días a contar desde su emisión. No se aceptarán formularios, órdenes médicas, presupuestos sin fecha consignada.
- Cuando no estuviesen cumplidos todos los requisitos previstos en el presente Instructivo, incluida la entrevista preliminar cuando ésta correspondiese.
- Cuando las prestaciones no sean presentadas para su análisis en forma total y conjunta.
- Cuando se presentase como prestador al conviviente del beneficiario y/o progenitor del mismo o parientes por consanguinidad o afines en todos sus grados.
- Cuando se omitiese denunciar el beneficio de la franquicia de la Ley 19.279.
- Cuando se negase el suministro de información/documentación adicional solicitada, o no se prestase la colaboración suficiente para la concreción de una auditoría en terreno.

- Las prestaciones tendrán vigencia durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de cada año, caducando indefectiblemente cumplido el citado plazo, salvo expresa indicación en contrario de la Unidad de Discapacidad y Adultos Mayores (UDYAM).
- Toda suspensión temporaria del tratamiento y/o cambio en la prestación y/o del efector deberá ser informado por el beneficiario de la prestación/familiar/tutor/apoyo dentro de las 72 (SETENTA y DOS) hs. de acaecido el hecho. De continuarse con la prestación, deberá acreditarse la totalidad de la documentación que correspondiera.
- Las renovaciones anuales podrán ser solicitadas durante el período comprendido entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año.

- Son causales de cesación de la cobertura/subsidios:

- Vencimiento del CUD o no presentación en tiempo y forma de la constancia del turno para su renovación, en los casos que correspondiera.
- Vencimiento del plazo de otorgamiento de la prestación.
- Superación, mejoramiento o agravamiento del cuadro general evolutivo del afiliado.
- Fallecimiento del beneficiario de la prestación/subsidio.
- Modificación de la situación atípica o de excepcionalidad en la que se sustentara la cobertura de la prestación/subsidio.
- Irregularidad en la solicitud de cobertura/subsidio.
- Irregularidad en el cumplimiento de la cobertura/subsidio otorgado.
- Irregularidad en el cobro de los reintegros, cuando correspondiese esa modalidad.

Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vínculo con el beneficiario (si corresponde): _____

Fecha

ANEXO 1

DOCUMENTACIÓN PARA SOLICITUD DE PRESTADORES Y/O SUBSIDIOS

IMPORTANTE: La documentación debe ser presentada en forma completa y conjunta, caso contrario el circuito de auditoría quedará suspendido hasta tanto se complete.

NO se aceptarán Formularios sin fecha ni la totalidad de las firmas requeridas.

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y entregada en soporte papel en Delegación o enviada por medio de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

La aceptación de la documentación **NO** implica la aprobación automática del abordaje solicitado. La presentación parcial o incompleta de la documentación suspende el proceso de auditoría hasta la subsanación del defecto.

Los equipos de auditoría podrán requerir documentación complementaria, si lo considerasen necesario.

A) Documentación que debe presentar el BENEFICIARIO:

- 1-** Solicitud de cobertura fechada o subsidio. Podrá ser requerida por el familiar/responsable/tutor en los supuestos de minoridad, incapacidad para prestar consentimiento informado debidamente acreditado, restricción de la capacidad o declaración de incapacidad vigente.-FORMULARIO 1.
- 2-** Fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente y/o constancia de turno para su renovación en caso de haberse vencido.
- 3-** Consentimiento fechado del Plan de trabajo profesional. Debe estar suscripto por el beneficiario o su familiar/responsable/tutor en los supuestos de minoridad, incapacidad para prestar consentimiento informado debidamente acreditado, restricción de la capacidad o declaración de incapacidad vigente.
- 4-** Consentimiento de internación voluntaria (si el requerimiento fuese geriatría) Debe estar suscripto por el beneficiario o su familiar/responsable/tutor en los de incapacidad para prestar consentimiento informado debidamente acreditado, restricción de la capacidad o declaración de incapacidad vigente.-FORMULARIO16.
- 5-** Declaración jurada del beneficio ley 19.279 (para Transporte).-FORMULARIO 14.
- 6-** Declaración jurada de ingresos con los comprobantes respectivos (solo para subsidios).-FORMULARIO17.

B) Documentación que debe emitir el MÉDICO TRATANTE:

- 1-** Resumen de Historia Clínica original , legible, sin tachaduras ni enmiendas con firma y sello del médico tratante a cargo del abordaje integral del beneficiario. Las prestaciones inherentes a patologías o condiciones mentales/cognitivas deberán ser prescriptas por un médico de la especialidad.
- 2-** Prescripción médica por cada prestación que se solicite. Deberá indicar:
 - a) Nombre, apellido y número de afiliación IOSFA.
 - b) Diagnóstico (debe coincidir con el que figura en el Certificado de Discapacidad).
 - c) Plan terapéutico propuesto (detallando el tipo de prestación, período durante el cual se desarrollará la misma, modalidad, cantidad de sesiones, carga horaria o tipo de jornada) y fundamentación del mismo.
 - d) Fecha, firma, sello y especialidad del profesional.

- De solicitarse transporte se deberán señalar los puntos de destino ida y vuelta y las circunstancias fundadas que imposibilitan al beneficiario hacer uso del transporte público.
- De solicitarse Dependencia, la misma deberá ser indicada expresamente y acreditada por el FIM.-FORMULARIO 12.
- De solicitarse Acompañante terapéutico deberá fundamentarse su incorporación dentro de la estrategia del tratamiento principal indicando expresamente la tarea o procedimiento puntual que deberá llevar a cabo el acompañante terapéutico en el marco del abordaje junto con los objetivos específicos de esta intervención, progresos que se espera lograr, con referencia al tratamiento a su cargo.
- De solicitarse Cuidador domiciliario deberá acreditar la valoración funcional del afiliado (FIM) y expresamente establecer el tipo y frecuencia del apoyo en orden al puntaje obtenido. FORMULARIO 12.
- De solicitarse geriatría deberá acreditar la Escala FIM e indicar claramente los factores contextuales que impiden la permanencia del afiliado en su residencia habitual.-FORMULARIO 12.
- De solicitarse pañales la historia clínica deberá ser acompañada de prescripción médica que indique de forma genérica cantidad mensual y tamaño del higiénico absorbente descartable, especificando si el afiliado deambula o no, y el grado de incontinencia (leve, moderado, severo).
- La ordenes médicas **NO** podrán:
 - a) Ser emitidas por médico/a cuya especialidad no sea inherente a la edad y diagnóstico funcional del beneficiario.
 - b) Contener indicación expresa de prestador.
 - c) Contener la orientación del abordaje (por ejemplo, conductivo conductual, Prompter, etc).
 - d) Solicitar doble prestación (ya sea por sesión o Módulo).

No se aceptarán ordenes médicas que no se acompañen con la Historia Clínica actualizada del beneficiario.

C) Documentación general que debe presentar el PRESTADOR:

1- Presupuesto con fecha que contenga:

- a) Nombre, Apellido y número IOSFA del afiliado.
 - b) Período calendario durante el cual se desarrollará la prestación.
 - c) Cronograma de atención (deberá indicar la cantidad de sesiones semanales o modalidad en coincidencia plena con la prescripción médica, días y horario de atención, valor por sesión y valor total mensual).
- Si la prestación se desarrollara en una Institución deberá indicar días y horario de atención, tipo de jornada, categorización ANDIS y Dependencia con formulario FIM.
 - Si la prestación fuese de Cuidador domiciliario deberá indicar expresamente las tareas a realizar, carga horaria y valor de la hora. Debe adjuntarse formulario FIM.
 - Si se requiriese la cobertura/subsidio de una institución geriátrica deberá puntualizarse los servicios que brinda y las especialidades terapéuticas del staff que lo integran. Debe adjuntarse formulario FIM.
 - Si se solicitase Transporte el Presupuesto deberá detallar:
 - a) Diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje.
 - b) La prestación en función de la cual traslada al afiliado.
 - c) Días y horario de concurrencia.
 - d) Cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado).
 - e) Cronograma de traslado, firmada por el afiliado con CUD/ familiar responsable/tutor.
 - f) Dependencia-FORMULARIO 12.

Aplican para la presentación de los Presupuestos los FORMULARIOS del N° 3 al N° 13 según la prestación que se solicite.

- 2- Plan de trabajo individualizado y personalizado que contenga los objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, metas a alcanzar a corto y largo plazo. Debe estar fechado, firmado y sellado.

Los planes de trabajo de los efectores de Integración escolar, Acompañante terapéutico y Cuidador domiciliario deberán contener la información adicional que se expresa en los respectivos apartados.

En ningún caso se podrá solicitar doble prestación (ya sea por sesión o Módulo). En ningún caso se aceptarán Planes de abordaje que no contengan todo lo requerido.

D) Documentación **específica** que debe presentar el **PRESTADOR** según la prestación o el servicio solicitado.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA (REQUIERE CUD O ESTAR COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043)

Si fuese efectuada por una Persona Humana

- 1- Copia DNI.
- 2- CV.
- 3- Copia de título habilitante.
- 4- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- 5- Habilitación del consultorio expedida por autoridad municipal, sanitaria competente y/o colegio de profesionales.
- 6- Matrícula correspondiente al ejercicio profesional.
- 7- Seguro de Mala Praxis / Responsabilidad Civil.
- 8- Constancia de inscripción en AFIP.
- 9- Informe de seguimiento semestral.

Si fuese efectuada por una Persona Jurídica

- 1- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- 2- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso.
- 3- Seguro de la Institución.
- 4- Constancia de inscripción en AFIP.
- 5- Informe de seguimiento semestral.

MÓDULOS DE REHABILITACIÓN (INTEGRAL /SIMPLE Y HOSPITAL DE DÍA - NO INCLUYE EL DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA) (REQUIERE CUD O ESTAR COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043)

- 1- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- 2- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso.
- 3- Seguro de la institución.
- 4- Constancia de inscripción en la AFIP.
- 5- Informe de seguimiento semestral.

ESCOLARIDAD ESPECIAL (REQUIERE CUD O ESTAR COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043)

- 1- Constancia de alumno regular con especificación de la modalidad de la jornada escolar y el horario que ésta comprende.
- 2- Inscripción y Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- 3- Habilitación de incumbencia en la modalidad órgano de educación.
- 4- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso.
- 5- Seguro de la Institución.
- 6- Constancia de inscripción en AFIP.
- 7- Informe de seguimiento semestral.

FORMACIÓN LABORAL (REQUIERE CUD O ESTAR COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043)

- 1- Constancia de concurrente regular con especificación de la modalidad de la jornada y el horario que ésta comprende.
- 2- Inscripción y Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- 3- Habilitación de incumbencia en la modalidad órgano de educación.
- 4- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso.
- 5- Seguro de la institución.
- 6- Constancia de inscripción en AFIP.
- 7- Informe de seguimiento semestral.

SERVICIO DE INTEGRACIÓN A LA ESCUELA COMÚN EN EQUIPO (REQUIERE CUD O ESTAR COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043 o 27.306)

- 1- Constancia de alumno regular con especificación de la modalidad de la jornada escolar.
- 2- Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: responsables parentales/legales- institución educativa común- institución que brinda la integración escolar.-FORMULARIO N° 7.
- 3- Proyecto pedagógico individual (PPI).
- 4- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular (de acceso, metodológicas, de tiempo y reducción de objetivos y contenidos).
- 5- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- 6- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso.
- 7- Habilitación de autoridad sanitaria.
- 8- Seguro de la institución.
- 9- Constancia de inscripción en la AFIP.
- 10- Informe de seguimiento semestral.

MAESTRO DE APOYO (HORA/MÓDULO) (REQUIERE CUD O ESTAR COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043 o 27.306)

- 1- Constancia de alumno regular con especificación de la modalidad de la jornada escolar y el horario que ésta comprende.
- 2- Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: responsables parentales/legales -institución educativa común- efector que brinda la integración escolar .FORMULARIO N° 7.
- 3- Proyecto pedagógico individual (PPI).
- 4- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular (de acceso, metodológicas, de tiempo y reducción de objetivos y contenidos).
- 5- Copia DNI.
- 6- CV.
- 7- Título habilitante y certificado analítico de materias.
- 8- Seguro de Mala Praxis / Responsabilidad Civil .
- 9- Constancia de inscripción en AFIP.
- 10- Informe de seguimiento semestral.

ACOMPAÑAMIENTO NO PEDAGÓGICO EN AULA (ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO ÁULICO/ASISTENTE EXTERNO) (REQUIERE CUD O ESTAR COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043 O 27.306)

- 1- Constancia de alumno regular con especificación de la modalidad de la jornada escolar y el horario que ésta comprende.
- 2 Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: responsables parentales/legales -institución educativa común- efector que asiste en el aula. FORMULARIO N° 7.
- 3- Plan de trabajo con objetivos y acciones a desarrollar dentro del aula en función de las estrategias terapéuticas, de cuidado y contención que fije el equipo interviniente. El mismo deberá ser suscripto en conjunto con el profesional/equipo que supervise la labor del AT/Asistente.
- 4- Copia DNI.
- 5- CV.
- 6- Título habilitante o capacitación específica otorgada por instituciones habilitadas u avaladas por el Ministerio de Salud o Ministerio de Educación.
- 7- Matrícula correspondiente al ejercicio profesional, si correspondiese.
- 8- Inscripción en el Registro correspondiente si estuviese contemplado por normativa local.
- 9- Seguro de Mala Praxis/Responsabilidad Civil.

- 10- Constancia de inscripción en AFIP.
- 11- Informe semestral.

CENTRO DE DÍA (CD) (PARA AFILIADOS CON CUD O COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043)

- 1- Constancia de concurrente regular especificando la modalidad de la jornada y el horario que ésta comprende.
- 2- Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- 3- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso.
- 4- Seguro de la institución.
- 5- Constancia de inscripción en la AFIP.
- 6- Informe de seguimiento semestral.

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO (CET) (REQUIERE CUD O ESTAR COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043)

- 1- Constancia de concurrente regular especificando la modalidad de la jornada y el horario que ésta comprende.
- 2- Inscripción y Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- 3- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso.
- 4- Seguro de la institución.
- 5- Constancia de inscripción en la AFIP.
- 6- Informe de seguimiento semestral.

HOGARES (HOGAR PERMANENTE O DE LUNES A VIERNES /HOGAR CON CD/ CET-RESIDENCIA DE LUNES A VIERNES O PERMANENTE CATEGORIZADOS POR ANDIS PARA AFILIADOS CON CUD) NO GERIÁTRICOS PARA ADULTOS MAYORES CON Y SIN CUD)

- 1- Constancia que especifique la modalidad de concurrencia y horario que abarca en caso de ser de lunes a viernes.
- 2- Inscripción y Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- 3- Certificado o Resolución municipal de habilitación al uso.
- 4- Seguro de la institución.
- 5- Constancia de inscripción en la AFIP.
- 6- Informe trimestral del profesional del trabajo social de la institución.

PRESTACIÓN DE APOYO (REQUIERE CUD O ESTAR COMPRENDIDO POR LA LEY 27.043 O 27.306)

- 1- Copia DNI.
- 2- CV.
- 3- Copia de título habilitante.
- 4- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- 5- Matrícula correspondiente al ejercicio profesional.
- 6- Habilitación del consultorio expedida por autoridad municipal, sanitaria competente y/o colegio de profesionales.
- 7- Seguro de Mala Praxis / Responsabilidad Civil .
- 8- Constancia de inscripción en AFIP.
- 9- Informe de seguimiento semestral.
- 10- De tratarse de Hidroterapia: Habilitación del establecimiento donde tendrá lugar.

CUIDADOR DOMICILIARIO PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ANTE SITUACIONES DE DEPENDENCIA FUNCIONAL (PARA AFILIADOS CON CUD Y ADULTOS MAYORES CON Y SIN CUD)

- 1- DNI.
- 2- CV.
- 3- Certificación de formación, capacitación y perfeccionamiento, si contase con ella.
- 4- Inscripción en el Registro correspondiente si estuviese contemplado por normativa local.
- 5- Presupuesto con especificación de las tareas, días y horario de la labor. FORMULARIO N° 11
- 6- Constancia de Inscripción en AFIP o formulario de pago de trabajadores de casas particulares (FORMULARIO AFIP: 102 rt).

PORCENTUAL ADICIONAL POR DEPENDENCIA EN CD, CET, HOGARES - (NO APLICA PARA GERIÁTRICOS NI CUIDADOR) Y TRANSPORTE ESPECIAL (NO APLICA PARA REMIS O TAXI)

- 1- Escala FIM (Medida de la independencia funcional con informe cuantitativo y cualitativo. FORMULARIO N° 17.
- 2- Para CD, CET y HOGARES se deberá incluir un informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.
- 3- Para TRANSPORTE se deberá incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran, detallando e identificando al efector de los mismos. FORMULARIO 13.

TRANSPORTE

- 1- DNI del conductor y del asistente en caso de autorizarse con el adicional de Dependencia.
- 2- Fotocopia del carnet de conducir (categoría profesional).
- 3- Cédula verde, si correspondiese.
- 4- Fotocopia de póliza de seguro vigente.
- 5- Fotocopia de habilitación vigente.
- 6- Verificación técnica vehicular.
- 7- Constancia de AFIP.
- 8- Constancia del recorrido por Google Maps.

ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

- 1- Plan de trabajo que exprese objetivos y metas terapéuticas, así como el diseño metodológico de intervención en la cotidianeidad y red socio-familiar del afiliado. Debe ser firmado en conjunto por el profesional que tenga a cargo la supervisión del dispositivo.
- 2- Copia DNI.
- 3- CV.
- 4- Título habilitante si estuviese reglamentado por normativa local o capacitación específica avalada u emitida por Instituciones habilitadas por el Ministerio de Salud o Ministerio de Educación. Debe acreditar carga horaria de formación académica.
- 5- Matrícula si estuviese reglamentada la actividad a nivel local.
- 6- Inscripción en el Registro correspondiente si estuviese contemplado por normativa local.
- 7- Seguro de Mala Praxis/Responsabilidad Civil .
- 8- Constancia de inscripción en AFIP.
- 9- Informe semestral.

GERIÁTRICO (CON Y SIN CUD)

- 1- Certificación o Resolución municipal de habilitación al uso.
- 2- Habilitación de incumbencia del organismo de salud local.
- 3- Seguro de Responsabilidad Civil.
- 4- Último folio escrito en el libro de inspecciones.
- 5- Datos del director institucional (título universitario y certificado de especialidad).
- 6- Constancia de Inscripción en A.F.I.P. vigente.
- 7- Constancia de categorización de ANDIS, en caso de poseerla.
- 8- Constancia de ingreso del beneficiario a la institución.
- 9- Presupuesto con indicación expresa de los servicios y prestaciones que brinda.