

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°:

Beneficiario:

DNI:

Período:

desde:

hasta:

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí-- No

Valor del km:

Monto mensual:

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. Prestación:

Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2. Prestación:

Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3. Prestación:

Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4. Prestación:

Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

.....
.....

Aclaración:

.....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre

de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s

precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI:

Número de Afiliado:

Yo.....con

Documento Tipo (.....)

Nº, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el

período:

desde.....

hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA:

Indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

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

Firma y Aclaración del Prestador:

Anexo 2

Declaración Jurada de Afiliaciones

Lugar/...../.....

Declaro bajo juramento que el/la beneficiario/a (nombre y apellido)

D.N.I. N°..... actualmente no se encuentra afiliado/a a otro Agente del Seguro de Salud.

Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en la situación afiliatoria del beneficiario/a dentro de las 72hs. de producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación importará el derecho de Unión Personal de disponer la baja inmediata de la afiliación del beneficiario/a; y/o requerir el reembolso de todos los gastos efectuados por la Obra Social por la atención del mismo.

Firma del afiliado/a titular:

Nombre y apellido:

Documento N°:

Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)

1- ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2- ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

3- HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4- VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

5- VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

6- USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7- CONTROL DE INTESTINOS: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de ostomía. Frecuencia.

8- CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

10- TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11- TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

13- ESCALERAS: Implica subir o bajar escalones.

14- COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, signos, etc.

15- EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16- INTERACCIÓN SOCIAL: Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA: Implica resolver problemas cotidianos.

18- MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL: escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

FIRMA Y SELLO DE LIC. T.O. DE LA INSTITUCION

Anexo 6

Medida de Independencia Funcional

Nombre:..... Edad:..... DNI:.....

N° de Beneficiario/a: Institución:.....

Medida de Independencia Funcional (FIM)		
Actividad		
Autocuidado		Puntaje
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4	Vestirse parte superior (implica vestirse de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño)	
Control de esfínteres		
7	Controlar intestino (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (implica control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	
Modalidad		
Transferencia		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia de toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
Locomoción		
12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
Comunicación		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conexión		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
Puntaje FIM TOTAL		

Puntaje:

Independiente

7 Independiente Total

6 Independiente con adaptaciones

Dependiente

5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)

4 Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)

3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)

2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)

1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25)

Firma de el/la Médico/a o Lic. en TO:.....

Fecha:.....

LISTADO DE PRESTADORES

1 SERVICIO DE REHABILITACIÓN -CABA

RAZÓN SOCIAL: REDAT S.R.L.

Pringles 722 PB - unidad funcional 1 CABA

30-71282420-0

(011) 48621593

info@redat.com.ar

Lunes a viernes: 09:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: EIPAN S.R.L.

Mansilla 3074 CABA

30-71200824-1

(011) 49615441

eipanequipo@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 10:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CETREBA de CETRED S.A.

Avda. Avellaneda 1235 CABA

30-67628337-0

(011) 39840070

info@cetreba.com

Lunes a viernes: 10:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CERMI SALUD S.A.

Avda. Rivadavia 4684 CABA

30-70997309-2

(011) 4901-9081

Mail No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO INTEGRAL DE ABORDAJE NEUMOTOR DE BUENOS AIRES S.R.L. Méndez de Andes 725 CABA

30- 71638288-

1152293760

ciandeba.cet@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 17:00hs

RAZÓN SOCIAL: CENTRO DE DIA LA CASABELLA SRL

MORETO 732 CABA

30-70987349-7

Tel y mail: no informa

Lunes a viernes: 09:00 a 17:00hs.

1.1 SERVICIO DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA -CABA

RAZÓN SOCIAL: SER (Servicios Especializados en Rehabilitación)

Caracas 2619 CABA

27-13431605-0

(011) 4582-4041

No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 19:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ABRIENDO CAMINOS S.R.L.

Bacacay 3122 CABA

33-68282572-9

(011) 4611-4214

mneumann@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA

RAZON SOCIAL CUIT REPRESENTANTE LEGAL RESPONSABLE PRESTACION

Ningún dato disponible en esta tabla Agencia Nacional de Discapacidad

PRESTACION BRINDADA POR PRESTADOR DESIGNADO POR EL AFILIADO Y
EVALAUADO POR AUDITORIA MEDICA ACORDE A REGLAMENTACION.

SERVICIO DE ESTIMULACION TEMPRANA

RAZÓN SOCIAL: ANDALICAN

Roseti 297 PB CABA

27-21441731-1

4554-6599

info@andalican.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: APEBI Asoc. para Espina Bífida e Hidrocefalia

Fragata presidente Sarmiento 829/31 CABA

30-65767191-2

(011) 4432-9315

apebi@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Asociación en Defensa del Infante Neurológico - A.

Teodoro García 2948 CABA

30-51938257-8

(011) 4551-4551

Mail No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: C.A.I.T.I. Ctro. Arg. Integral de Trat. Individual

Combatientes de Malvinas 3223 CABA

30-70819647-5

011) 4523-3005 / 4522-6965

caiti@sinectis.com.ar

Lunes a viernes: 8:30 a 16:30

RAZÓN SOCIAL: C.E.T.Re. S.R.L.

Caracas 852 CABA

30-70860448-4

4631-1404

cetre@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CEDTI 33-71174369-9

Pte. Fragata Sarmiento 1857 CABA

30-51934757-8

45849047

Mail: No informa

Lunes a viernes: 14:00 a 20: 00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO C.A.R.I. S.R.L

Hipólito Irigoyen 4081 CABA

30-71025577-2

(011) 4981-8259

Mail: No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO CLAUDINA THAVENET de FUNDACION CLAUDINA THEVENET

Uruguay 1237 CABA

30-68729862-0

011) 4815-2153

thevenet@ba.net

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CIREN Centro Integral de Rehab.y Educ.Neurológica

Nuñez 2751 CABA

30-70793608-4

(011)4701-4099

instituto_ciren@hotmail.com

Lunes a viernes: 14:00 a 20: 00hs.

RAZÓN SOCIAL: CTRO.DE RECUP.ADAPTACION Y RECREACION "CREAR" SRL

Juramento 4751 CABA

30-64024169-8

(011) 4522-6666

instcrear@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ESPACIO

VENEZUELA 3981 CABA

30-71086688-7

S/T

Mail: No Informa

RAZÓN SOCIAL: Inst. Atenea S.H. de Bernardi Daniel, Carrino Beat

Gorriti 4065 CABA

30-71021497-9

(011) 4862-9031

institutoatenea@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO ORAL MODELO S.A.

Pte. Juan D. Perón 2239 CABA

30-53502423-1

011) 4951-3300

info@iom.edu.ar

Lunes a viernes: 9:30 a 18:30hs.

RAZÓN SOCIAL: NEXO DE MARIA ELENA BERTOLINI

Mendoza 2695 CABA

27-16677620-7

(011) 47871883

No informa

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: PROYECTO LAYLA S.R.L

Uriarte 2256 CABA

30-70962812-3

(011) 4773-9908

No informa

Lunes a viernes: 8:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: S.E.A. SERVICIOS EDUCATIVOS ASISTENCIALES S.R.L.

Somellera 5922 CABA

33-71031230-9

(0119 4638-5859

No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: SER (Servicios Especializados en Rehabilitación)

Caracas 2619 CABA

27-13431605-0

(011) 4582-4041

No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

SERVICIO DE CENTRO DE DIA

RAZÓN SOCIAL: ACRECENCIA SRL

Gavilán 1263 CABA

30-71028063-7

(011) 4585-7233

adunapsi@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: APEBI Asoc. para Espina Bífida e Hidrocefalia

Fragata presidente Sarmiento 829/31 CABA

30-65767191-2

(011) 4432-9315

apebi@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACION JUVENIL ARAUCANA

Av. Francisco Fernandez de la Cruz 2875 CABA

30-58661886-1

(011) 4918-3271/9337

Mail. No Informa

Lunes a viernes: 9:30 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN CIVIL CRECIENDO JUNTOS PARA LA ATENCIÓN
DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Avda. de los Constituyentes 5387 CABA

33-71651723-9

1157259021

silvanaaguirre@htmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN DE AYUDA AL CIEGO "A.S.A.C."

Venezuela 584 CABA

33-55235170-9

3535-0659/4982-1367

direccion@asac.org.ar

RAZÓN SOCIAL: C.C.R.A.I. (Ctro. de Cap. y Rec. de Ap. para la Inc .

Maure 2108 CABA

30-70862596-1

(011) 4776-5443

crede@copetel.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: C.P.C. Centro de Parálisis Cerebral

Av. Díaz Vélez 3449 CABA

30-65670460-4

(011) 4861-9981 / 4864-4514

info@cpc.org.ar

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CAMPO ALTO de SERVIAM S.R.L.

Gorostiaga 1746 CABA

30-64665847-7

(011) 4771-4458

institutocampoalto@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CAPACIDADES DIFERENTES S.R.L.

Av. La Plata 1833 CABA

30-70896106-6

(011) 4926-1464

capdif@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 8:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Centro de Dia "MAMUSHKA" de Palanoheri S.A.

CALDAS 1355/1357 CABA

30-70915156-4

11-4522-1957

cd-mamushka@hotmail.com

RAZÓN SOCIAL: Centro de día "LOGROS" MARAVILLAS DE JESÚS.

Iberá 2786 - P.B. CABA

27-23470451-1

(011) 4544-5195

centrodedialogros@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO DE DÍA MANO CON MANO de DIEGO MARTÍN GLASBAUER

Gervasio Espinosa 2536 CABA

20-21613057-0

45811489

administracion@manoconmano.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO INTEGRAL DE MOTRICIDAD, AUTOVALIMIENTO S.R.L.

Blanco Escalada 1640 CABA

30-71410579-1

4785-7796

marcelafernandez58@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Centro Psico asistencial ESPACIOS S.R.L.

Av. Juan B. Alberdi 1366 CABA

30-62586359-3

(011) 4988-9127 / 9137

centro_espacios@ciudad.com.ar

no informa

RAZÓN SOCIAL: CETEI S.A.

Rawson 88 CABA

33-70723649-9

011) 4983-7272 / 3022

cetei@uol.com.ar

Lunes a viernes: 8:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CETEI S.A.

Rawson 88 CABA

30-70723649-9

011-49837272

centrodedia@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CLUB DE LOS SUEÑOS de GAMBARU S.A.

Lavalle 3119/21/23 CABA

30-71475325-4

48642032

administracion@centrodediaclub.com.ar

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CONFLUIR S.A.

Sarandi 1365 CABA

30-71542376-2

43047161

marcelopiscitelli@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CONVIVIR S.H.

Aranguren 2857 CABA

30-68333997-7

4612-7288

aribar@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CPI de FUNDACIÓN CENTRO DE PSICOTERAPIAS INTEGRADAS

Bruno Mariano de Zabala 3444 CABA

30-70747751-9

(011) 4551-4782

Mail: NO INFORMA

RAZÓN SOCIAL: DESPERTAR

Caldas 1355/57 CABA

20-15262043-9

(011) 4552-1957 / 4555-4755

Mail: No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: EL HILO de ARIADNA Ctro. Asistencial

México 2962 CABA

30-70857295-7

(011) 4931-3237

elhilodeariadna@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ESPACIO FELÍZ S.A.

Franklin D. Roosevelt 5742 CABA

30-70892667-8

(011) 4572-4898

espaciofeliz@yahoo.com.ar

RAZÓN SOCIAL: Fcion. Argentina de Afasiología "CHARLOTTE SCHWAR

Colombres 229 CABA

30-63961939-3

(011) 4957-1120

fundafasia@intramed.net.ar

RAZÓN SOCIAL: FUNDACION PASO A PASO

Ramon Freire 881 CABA

30-70831504-0

4555-0427

fundacionpasoapaso@uolsinectis.com.ar

Lunes a viernes: 8:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: FUNDACION SOLAR DE INTEGRACION POR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAP

Homero 147 CABA

30-71186785-2

011-46831529

info@solardeintegracion.org.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN CAMINOS

Teodoro García 3545 CABA

30-69054624-4

(011) 4551-2141

cuentoymovimiento@fibertel.com.ar

RAZÓN SOCIAL: FUNDAIPA

14 de Julio 137/41 CABA

30-68713757-0

(011) 4551-9310

Mail: No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Grupo Vagues SRL

Bolivia 4746 CABA

33-71239365-9

4574-2471

grupovagues@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: HOGAR HSER

Caracas 3818/20 CABA

27-10196807-9

(011) 45718510 / 154-164-7141

Mail: No Informa

Lunes a viernes: 8:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: I.R.T.E. Instituto Recreativo Terapéutico Especial

Bogotá 2847 CABA

30-64231349-1

(011) 46113503 / 46376594

irte.srl@janssen.com.ar

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO DE LA FLOR DE EDUCACION ESPECIAL S.R.L.

Magariños Cervantes 3235/3237 CABA

30-67612154-0

114870-0868

gatteim@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO LUZ DE LUNA S.R.L.

Avda. Avellaneda 2279/2281 CABA

30-70989434-6

4631-3191

institutoluzdeluna@gmail.com

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO RAÍCES S.R.L.

J. F. Aranguren 4512/4518 CABA

30-67608748-2

46717930

Mail: No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ITEDIS INSTITUTO TERAPÉUTICO EDUCATIVO DE
INTEGRACION SOCIAL.S.R.L.

Balbastro 2253/55 CABA

30-71102982-2

4633-2721

itedis@live.com.ar

RAZÓN SOCIAL: KARITES - PROFESIONALES DE LA SALUD - ATENCION CON
FORMACION –

MEDINA 1749/1751 CABA

30-70900342-5

1541712233

info@karites.org.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: KAUSAS S.R.L.

Juan Domingo Perón 4043-45 CABA

30-66170457-4

4861-2971

Mail: No informa

Lunes a viernes: 8:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: LUMOS S.R.L.

Tejedor 470 CABA

30-71414222-0

(011) 4921-8066

centrodedialumos@gmail.com

RAZÓN SOCIAL: MANANTIAL Jardín Terapéutico S.R.L.

Ambrogetti CABA

30-69482599-7

(011) 4552-0305

Mail: No informa

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: PRESTACIONES SANTA MARTA S.A.

JOSÉ ENRIQUE RODÓ 5661 CABA

30-71415592-6

4682-3004/05/09

prestacionessnatamarta@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: RENACER DEL ÁRBOL DE LA VIDA

Gregorio9 de Laferrere 3050 CABA

30-71130272-3

4611-8162

elarbodelavida.ong@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: TALLERES ESPECIALES OCUPACIONALES

Larrazabal 943 CABA

30-70992742-2

46350421

Mail: No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: UNIRSALUD S.R.L.

Biarritz 1926 CABA

30-71555622-3

011-45819738

grupounirsalud@gmail.com

Lunes a viernes: 8:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: VENID

Av. Boyacá 483 CABA

30-63992362-9

(011) 4631-1517

venid@discapacidad.org.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: WEMTEMIL RAYO LUCIENTE –

2 de Abril 3165 CABA

30-70912695-0

(011) 4503-1504

wentemil@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

RAZÓN SOCIAL: ABRIENDO CAMINOS S.R.L.

Bacacay 3122 CABA

33-68282572-9

(011) 4611-4214

mneumann@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: APREDIS S.R.L.

Avda. Sn Martín 3175 CABA

30-71613676-7

1151329470

info@apredis.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN CIVIL FRANCO UZ

Andalgalá 2269 CABA

30-71431068-9

01144032444

asociacionfrancouz@gmail.com

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: C.A.I.T.I. Ctro. Arg. Integral de Trat. Individual

Combatientes de Malvinas 3223 CABA

30-70819647-5

(011) 4523-3005 / 4522-6965

caiti@sinectis.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: C.E.T. PLIEGUES

Jaramillo 2839 CABA

30-70790205-8

(011) 4701-4627

plieguez_ac@hotmail.com

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: C.E.T.Re. S.R.L.

Caracas 852 CABA

30-70860448-4

4631-1404

administracion@centrocetre.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: CENTRO INTEGRAL DE ABORDAJE NEUMOTOR DE BUENOS AIRES S.R.L.

Mendez de Andes 725 CABA

30-71638288-1

1152293760

ciandeba.cet@gmail.com

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: Centro Psicoasistencial ESPACIOS S.R.L.

Av. Juan B. Alberdi 1366 CABA

30-62586359-3

(011) 4988-9127 / 9137

centro_espacios@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 8 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: CET CURAPALIGUE S.A.

Curapaligue 726 CABA

33-71520758-9

21039598/21046838

curapaliguecet@gmail.com

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: CIREN Centro Integral de Rehab.y Educ.Neurológica

Nuñez 2751 CABA

30-70793608-4

4701-4099

instituto_ciren@hotmail.com

Lunes a viernes: 9 A 18HS

RAZÓN SOCIAL: CRECIENDO JUNTOS S.A. Centro Educativo Terapéutico

Rincón 983 CABA

33-70756344-9

(011) 4942-8901/7473

creciendojuntos@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 18HS

RAZÓN SOCIAL: FUNDACION IPNA

Aranguren 1551 CABA

(011)4431-3572

30-64196398-0

info@fundacionipna.org.ar

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN JUANCHO REALE

Gurruchaga 1178 CABA

30-68849397-4

(011) 4770-9556

fundacionjuanchoreale@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 8 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: Inst. Atenea S.H. de Bernardi Daniel, Carrino Beat

Gorriti 4065 CABA

30-71021497-9

(011) 4862-9031

institutoatenea@hotmail.com

Lunes a viernes: 10 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: LAZOS (Fupa) C.E.T.

Alte. F.J. Segui 2272 CABA

30-66159285-7

(011) 4585-2159

fupa@promilad.org.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: MATICES CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO S.A.

Belgrano 5156 CABA

30-71156790-5

47165282 / 45714489

maticescet@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: MI CASABLANCA - Centro Educativo Terapéutico

Gallardo 566 CABA

30-69669899-2

(011) 4641-1286/5438

micasablanca566@aol.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: SEMBRAR S.R.L.

Pasaje Masón 4425 CABA

30-70867701-5

(011) 4772-2610

gisellarebollo@hotmail.com

Lunes a viernes: 9 A 17HS

FORMACION LABORAL

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN DE AYUDA AL CIEGO "A.S.A.C."

Venezuela 584 CABA

33-55235170-9

4982-1367

direccion@asac.org.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: CTRO.DE RECUP.ADAPTACION Y RECREACION "CREAR" SRL

Juramento 4751 CABA

30-64024169-8

4522-6666

instcrear@hotmail.com

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: GRUPO CAMINANTES de PAZOOS S.R.L.

Bathurst 3323 CABA

30-67952869-2

52582310

administracion@@grupocaminantes.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: Hamakon Sheli - Mi Lugar A.C.

Tucumán 3074/86 CABA

30-68338763-7

(011) 4966-2226

direccion@hamakomsheli.com.ar

Lunes a viernes: 8:00 a 16:30hs.

RAZÓN SOCIAL: I.R.T.E. Instituto Recreativo Terapéutico Especial

Bogota 2847 CABA

30-64231349-1

(011) 46113503 / 46376594

irte.srl@janssen.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Instituto INFANCIAS S.R.L.

Guardia Vieja 4541 CABA

30-70859288-5

(011) 4862-2513

infancias@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 16:30hs.

RAZÓN SOCIAL: Instituto JORGE NEWBERY

Teodoro García 2449 CABA

27-05497182-1

(011) 4786-5856

jorgenewbery@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 16:30hs.

RAZÓN SOCIAL: Instituto PIEDRA LIBRE (ACUARELA A.G.A.S. S.R.L.)

Achega 3515 CABA

30-64412665-6

(011) 4572-2637

institutopiedralibre@tutopia.com

Lunes a viernes: 9:00 a 17:30hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO PSICOPEDAGOGICO SENDEROS S.R.L.

Aguilar 2845 CABA

30-58643200-8

4551-5624

No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: TRA.SO. propiedad de Fundación por la igualdad

Paysandú 564 CABA

30-71034686-7

4432-6547

Lunes a viernes: 7:30 a 18:10hs

crespom@yahoo.com.ar

RAZÓN SOCIAL: W. PRINGLE MORGAN Escuela de Recuperación

Thames 1078 CABA

30-61082247-5

(011) 4773-0301

ipmorgan@vianetworks.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 16:00hs.

PRESTACIONES DE APOYO

RAZON SOCIAL CUIT REPRESENTANTE LEGAL RESPONSABLE PRESTACION

Ningún dato disponible en esta tabla Agencia Nacional de Discapacidad

**PRESTACION BRINDADA POR PRESTADOR DESIGNADO POR EL AFILIADO Y
EVALUADO POR AUDITORIA MEDICA ACORDE A REGLAMENTACION.**

HOGAR, RESIDENCIA

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN DE AYUDA AL CIEGO "A.S.A.C."

Venezuela 584 CABA

33-55235170-9

4982-1367

direccion@asac.org.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 16:30hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO LUZ DE LUNA S.R.L.

Av. Avellaneda 2023/2025 CABA

30-70989434-6

4631-0209

Mail: instituto.luzdeluna@gmail.com

Las 24hs todos los días de la semana

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO VENID

Yerbal 1680

20-13411844-0

4631-1517

venid@discapacidad.org.ar

No responde

RESIDENCIA

RAZÓN SOCIAL: OSUAL S.R.L.

Galicia 1982 CABA

Bahia Blanca 2580/82

33-68343998-9

011) 4566-5858

isyalvarez@hotmail.com

Modalidad a puertas abiertas con autonomía propia hasta los 60 años

RAZÓN SOCIAL: RESIDENCIA MEDITERRANEO

TERRADA 3845/7 CABA

30-71099884-8

Teléfono no informa

Mail: No informa

TRANSPORTE

CABA-GBA-INTERIOR DEL PAIS

Se dará cobertura de transporte para aquellos afiliados que presenten cuadro de minusvalía visual, motora, psicosis y / o autismo y además no deberán poseer vehículos con franquicia por discapacidad.

Deberán presentar la siguiente documentación:

- Orden del médico tratante en su recetario
- Nota de consentimiento firmada solamente por el afiliado titular
- Planilla de solicitud de transporte
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) en caso de dependencia
- Formulario de Traslados Especiales, indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación.
- Planilla de solicitud de transporte

Se requiere presentar presupuesto de transporte, con la habitación correspondiente.

La cobertura del transporte en forma total o parcial será una decisión de la Obra Social a través de la evaluación del caso por el equipo interdisciplinario y la auditoria medica en Discapacidad

Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)

Fecha: _____

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra social: ☐ Particular directo: ☐

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Colegio _____

CUE N°: _____

Nombre y Apellido del alumno _____

DNI: _____

Se hace constar que el alumno _____ con DNI _____ es
alumno regular de _____ grado/año turno _____. Se encuentra
matriculado para el año 2025 en el grado/año _____ del turno _____ en el
horario de _____.

Se extiende esta constancia en _____ a los _____ días del mes
_____ del año _____.

Firma autoridad del colegio: _____

Sello del colegio: _____

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ____/____/____

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

❖ Caja de Ahorro N°: _____

❖ CBU: _____

❖ Banco Emisor: _____

❖ E-mail: _____

❖ Confirmar E-mail: _____

Adjuntar extracto de constancia de CBU para validar esta información

Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte /
Responsable de la Institución

Aclaración

DNI

ACTA DE ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha:

Lugar de emisión:

En el día de la fecha se establece el siguiente acuerdo entre las partes presentes:

<u>PARTES INTERVINIENTES</u>	<u>REPRESENTANTES</u>	<u>D</u> <u>NI</u>
Escuela		
Maestra de Apoyo / Equipo de Integración Escolar		
Familia		

La institución educativa y el/la Maestro/a de apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- o Atender al alumno/a según las necesidades vinculadas a su educación.
- o Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- o Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas delMinisterio de Educación.
- o Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- o Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- o Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- o Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- o Hacer que el/la alumno/a mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atenciónespecífica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma y Sello de la Escuela

Firma y sello Maestra/o // Equipo Integrador

Aclaración

Aclaración

Firma del Responsable del Alumno

Aclaración

Resumen de Historia Clínica

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DE DNI: _____

DIAG. SEGÚN CUD: _____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.)

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico.)

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):

Firma del médico tratante: _____

Aclaración: _____

Fecha de emisión: _____

PLANILLA DE ASISTENCIA PARA PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD

Nombre del Prestador		Número de Factura	
Nombre del Beneficiario		Período Facturado	

DETALLE

[illegible]

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto:

Teléfono:

Beneficiario:

DNI:

Modalidad prestacional por brindar:

Tipo de jornada a realizar:

Categoría:

Período:

desde:

hasta:

Almuerzo: Sí --No.

Monto Mensual:

Dependencia: Sí-- No.

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por Sesión:

Firma y Aclaración del Prestador: