

**DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES - PROFESIONALES)  
PRESTACIÓN BRINDADA EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO**

Mes \_\_\_\_\_ de 2020

En contexto de medida de "AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO", DECNU-2020-297-APN-PTE

NOMBRE Y APELLIDO:

NRO. DE DNI

NRO. DE BENEFICIARIO O AFILIADO

ORDEN DE ATENCIÓN (en caso de corresponder)	Número	Fecha de Emisión
--	--------	------------------

**¿QUE PRESTACION BRINDÓ DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO?**

<input type="checkbox"/> HOGAR  <input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA  <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN - MODULO INTEGRAL INTENSIVO - MODULO INTEGRAL SIMPLE	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA  <input type="checkbox"/> CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO  <input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE APOYO  <input type="checkbox"/> MAESTRO DE APOYO	<input type="checkbox"/> PEQUEÑO HOGAR  <input type="checkbox"/> CENTRO DE APRESTAMIENTO LABORAL  <input type="checkbox"/> CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON INTERNACIÓN  <input type="checkbox"/> MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR  <input type="checkbox"/> REHABILITACION HOSPITAL DE DIA	<input type="checkbox"/> HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR:  <input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>● INICIAL</li> <li>● PRIMARIA</li> <li>● FORMACIÓN LABORAL</li> </ul>
--	---	--	---	--

PRESTACION NO BRINDADA  
MOTIVO:

**ESPECIFICAR MODALIDAD DE CONCURRENCIA**

<input type="checkbox"/> SIMPLE	<input type="checkbox"/> LUNES A VIERNES	<input type="checkbox"/> OTRA – ESPECIFICAR:
<input type="checkbox"/> DOBLE	<input type="checkbox"/> PERMANENTE	

**ESPECIFICAR LA MODALIDAD A TRAVÉS DE LA CUÁL BRINDÓ LA PRESTACIÓN EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO**

MATERIAL IMPRESO  
  MAIL  
  VIDEOLLAMADA  
  PRESENCIAL  
  TELEFÓNICA  
  OTRA ESPECIFICAR

**¿DESDE EL ESTABLECIMIENTO SE BRINDÓ EL SERVICIO DE ALIMENTACION A DOMICILIO?**

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO MOTIVO: _____
-----------------------------	---

**EN EL CASO EN QUE EL BENEFICIARIO RESIDA EN UN HOGAR/RESIDENCIA:  
¿FUE RETIRADO POR SUS FAMILIARES O RESPONSABLES A CARGO DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO SOCIAL Y OBLIGATORIO?**

NO  
 SI

**¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE?**  
 SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS  MATERIAL DIDÁCTICO  OTROS \_\_\_\_\_  
 NO

**CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA**

<b>SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA</b>	<b>SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA</b>
FECHA: ____/____/____  FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR ACLARACION: DNI:	FECHA: ____/____/____ Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada. La misma se incorporará al legajo del beneficiario  FIRMA DEL PRESTADOR: ACLARACION: DNI: