

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

Mes _____ de _____

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 <input type="checkbox"/> 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 INICIAL PRIMARIA FORMACIÓN LABORAL
--	---	--	---	--

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

SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA	SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA
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: