

Información a completar por el solicitante (familiar o responsable) - LA PRESENTE CONSTITUYE UNA DECLARACIÓN JURADA

Nombre y Apellido		N° de DNI
Fecha de nacimiento del solicitante	Edad	Vínculo con el afiliado
Domicilio de la Institución donde se realiza la prestación		Localidad
Teléfono de contacto	E - mail	

Tipo de solicitud (marcar con una x donde corresponda)

Primer solicitud ☐	Renovación ☐	Cambio de Institución ☐
---	-------------------------------------	--

¿El afiliado tiene actualmente alguna de las siguientes prestaciones?

Acompañante Terapéutico	SI ☐	NO ☐	Aprobado hasta/...../.....	Cantidad de horas por día
Cuidador Domiciliario	SI ☐	NO ☐	Aprobado hasta/...../.....	Cantidad de horas por día
Enfermería domiciliaria	SI ☐	NO ☐	Aprobado hasta/...../.....	Cantidad de visitas por día

Información del afiliado, su red familiar y vínculos (marque con una x)

No posee familiares cercanos ☐	Vive sola o solo ☐	Vive con familiares con limitaciones físicas o mentales ☐
---	---	--

Por favor complete los datos de las personas más cercanas al afiliado, sean o no familiares.

	Nombre y Apellido	DNI	Vínculo o parentesco	Edad	Ocupación	¿Convive? (si - no)	Ciudad de residencia
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

.....
Firma y aclaración (afiliado que recibirá la prestación)

.....
Firma y aclaración de un familiar o responsable