

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

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 MAIL VIDEOLLAMADA PRESENCIAL TELEFÓNICA OTRA
IMPRESO 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

FECHA: ____/____/____

FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR

ACLARACION:

DNI:

SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA

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:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR INSTITUCIONAL V1

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.