

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

Mes June de 2020

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

NOMBRE Y APELLIDO:

hola

NRO. DE DNI

Driscoll

NRO. DE BENEFICIARIO O AFILIADO

123 Greenway Road

ORDEN DE ATENCIÓN
(en caso de corresponder)

Número
Everytown

Fecha de Emisión
IA

¿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 - MODULO INTEGRAL SIMPLE	<input checked="" 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

☐ PRESTACION NO BRINDADA

MOTIVO:

ESPECIFICAR MODALIDAD DE CONCURRENCIA

☐ SIMPLE

☐ LUNES A VIERNES

☒ OTRA – ESPECIFICAR:

☐ DOBLE

☐ PERMANENTE

día
horario

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
☐ SÍ

¿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
<p>FECHA: ____/____/____</p> <p>FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR</p> <p>ACLARACION:</p> <p>DNI:</p>	<p>FECHA: <u>2</u> /junio / 2020</p> <p>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</p> <p>FIRMA DEL PRESTADOR:</p> <p>ACLARACION: horario</p> <p>DNI: horario</p> 



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.