

[Instructivo para Hogar, Hogar con centro de día, Hogar con Cet, permanente o de lunes a viernes](#)

(Sólo para hogares categorizados por la ANDIS)

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación. <https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser el mes anterior a la internación en el hogar)

1. Prescripción médica

**RP/
Nombre y Apellido:
DNI**

Solicito: HOGAR, TIPO DE JORNADA

PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

Ej. Fecha: 30/12/2024

2. Resumen de historia clínica completo **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 012).
3. **Informe evolutivo** del año 2024 - en caso de que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre diciembre 2024.
4. **Informe de evaluación inicial:** al comienzo de una nueva prestación. En el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
El informe evolutivo/de evaluación inicial deberá tener: - periodo de abordaje; - modalidad de la prestación; - descripción del tratamiento que aborda, y - resultados alcanzados.
Siempre debe estar firmado y sellado por prestador.
5. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica).
 - o Objetivos a corto y mediano plazo
 - o Modalidad de abordaje
 - o Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
6. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (a excepción de Geriátrico).
7. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución (a excepción de Geriátrico).
8. Habilitación
9. Seguro de la institución
10. Constancia de opción / inscripción en la Afip
11. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, Cuit y número de CBU (**socios privados/particulares exentos de esta presentación**).
12. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-004-006 y 012** (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal).
13. Para solicitar Dependencia: Informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición dependencia funcional (FIM) confeccionado por un terapeuta Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que en continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1 . Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2 . Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3 . Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4 . Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto: Teléfono: _

Beneficiario: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: desde: hasta:

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual:

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales: Monto por Sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

Resumen de Historia Clínica

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DE DNI: _____

DIAG. SEGÚN CUD: _____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.)

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico.)

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):

Firma del médico tratante: _____

Aclaración: _____

Fecha de emisión: _____

PRESTACIONES INSTITUCIONALES//EDUCATIVAS

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

PRESTACIÓN: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

TIPO DE JORNADA: SIMPLE DOBLE

Categoría: A B C *Prestación con dependencia:* SI NO

CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS

DÍAS Y HORARIOS:

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2025

VALOR MENSUAL: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del prestador

_____ con CUIT N° _____ a efectuarse en el domicilio

_____ en la localidad de _____ durante el período de

_____ hasta _____ 2025.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Directivo Responsable de la Institución: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)

Fecha: _____

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra social:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ___/___/___

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

❖ Caja de Ahorro N°: _____

❖ CBU: _____

❖ Banco Emisor: _____

❖ E-mail: _____

❖ Confirmar E-mail: _____

Adjuntar extracto de constancia de CBU para validar esta información

Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte /
Responsable de la Institución

Aclaración

DNI