

Nº de trámite

## SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

(A ser completada por la delegación que recibe el trámite)

<b>Datos personales del beneficiario:</b>	
Nombre y Apellido:	
Nº de Beneficiario:	Edad:
D.N.I. :	
Domicilio:	
Localidad:	C.P.:
Teléfono:	

	Documentación que debe estar en el trámite	Presentado (Si / No)
Afiliado	Certificación afiliatoria	
	Fotocopia de DNI	
	Último recibo de cobro	
	En caso de poseer certificado único de discapacidad, copia del mismo	
	Nota del familiar o responsable legal solicitando la prestación	
	DE ESTAR CONCURRIENDO A UNA INSTITUCIÓN: adjuntar copia de autorización de la misma prestando conformidad al ingreso del AT para el desempeño de su trabajo.	
Prescriptor	Orden médica (confeccionada por profesional médico o psicólogo) con carga horaria (día - hora) que demandará la tarea	
	Historia clínica donde se justifique la solicitud de prestación	
Acompañante Terapéutico	Fotocopia de título de curso AT	
	Curriculum Vitae (con teléfono y mail de contacto)	
	Fotocopia de DNI	
	Constancia de opción de AFIP	
	Plan de trabajo del Acompañante Terapéutico	
	Presupuesto con carga horaria (día - hora) que demandará la tarea	
	<u>En caso de renovación:</u> Informe de evolución del Acompañante Terapéutico y orden de compra anterior	

\_\_\_\_\_  
Firma referente administrativo de región