Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación
Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios
Subsecretaría de Salud Comunitaria
Dirección Nacional de Prestaciones Medicas

PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD
UGP Buenos Aires

## ANEXO 6 CHECK LIST POR MODALIDAD
## a) CENTRO DE DÍA(CD) – CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO (CET) – APRESTAMIENTO LABORAL (AL)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° Expediente[1]** | **E** | **-** | **1** | **2** | **0** | **0** | **2** | **-** | **0** | **8** | **3** | **8** | | | | | | | **-** | | | **-** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Prestador** | | **N° Prestador[2]** | **Cat:** |
| **BENEFICIARIO** | | **DNI N°** | |
| Apellido y Nombres | | | |
| N° beneficio | 4 0 - 5 - | GP | |
| Fecha de Nacimiento | | Género | Tel: |

| | |
|---|---|
| Certificación de afiliado al PFIS | |
| **Nota del Afiliado o familiar responsable solicitando la prestación y el Transporte en el caso que así lo requiera.[3]** | |
| Fotocopia de la Orden de Pago Provisional (OPP). | |
| Fotocopia del documento de identidad del Beneficiario. | |
| **Fotocopia del certificado oficial de discapacidad.[3]** | |
| Resumen de Historia Clínica confeccionada por médico de cabecera. | |
| Informe Social confeccionado por Trabajador Social matriculado. | |
| Reserva de vacante indicando tipo de prestación y modalidad. | |
| Informe que incluya: Nivel Cognitivo, Comunicación, Juego, Desarrollo socio- afectivo, desarrollo motor. | |
| Reseña de abordajes anteriores (terapéuticos y/o pedagógicos). | |
| Proyecto de Trabajo Individual, con objetivos propuestos por la Institución para el beneficiario. | |
| Medida de Independencia Funcional (FIM) (Anexo 7), de corresponder | |
| Por transporte ver Anexo 6- h): Requisitos generales para Transporte | |

| | |
|---|---|
| **LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN SUJETOS A AUDITORIA** | |
| | **Firma y sello del responsable institucional** |

1: A ser completado por APM PFIS 2: Según número otorgado por PFIS **3: Remitir copia scaneada a APM PFIS**