

ANEXO 6 CHECK LIST POR MODALIDAD																		
c) HOGAR (con o sin prestación asociada) (H) – RESIDENCIA (R)																		
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																		
En el caso que se solicite internación para beneficiario mayor de edad con discapacidad mental se deberá presentar una fotocopia del oficio judicial o curatela a nombre del solicitante .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 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																		