

ANEXO 6 CHECK LIST POR MODALIDAD																				
<b>d) MODALIDADES EDUCATIVAS</b>																				
N° Expediente <sup>1</sup>		E	-	1	2	0	0	2	-	0	8	3	8							
Prestador										N° Prestador <sup>2</sup>					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 familiar responsable solicitando la prestación y el Transporte en el caso que así lo requiera. <sup>3</sup>																				
Fotocopia de la Orden de Pago Provisional (OPP).																				
Fotocopia del documento de identidad del Beneficiario.																				
<b>Fotocopia del certificado oficial de discapacidad.<sup>3</sup></b>																				
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, Nivel gráfico, lecto-escritura y lógico matemático 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																				
<b>LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN SUJETOS A AUDITORIA</b>																				
																				<b>Firma y sello del responsable institucional</b>
1: A ser completado por APM PFIS										2: Según número otorgado por PFIS										
<b>3: Remitir copia scaneada a APM PFIS</b>																				