

ANEXO 4: MODIFICACIÓN O PRORROGA DE PRESTACION DE DISCAPACIDAD

a) DATOS DEL BENEFICIARIO Y PRESTADOR

N° Expediente¹																		E	-	1	2	0	0	2	-	0	8	3	8						-			-
Prestador				N° Prestador²										Cat:																								
BENEFICIARIO										DNI N°																												
Apellido y Nombres																																						
N° beneficio				4	0	-	5	-											GradoParentesc																			
Fecha de Nacimiento										Género				Tel:																								
Domicilio:				Calle:								N°:																										
Localidad:				Provincia:								CP:																										
Diagnóstico																																						
Cambiar a modalidad Prestacional³																																						
Cambiar a modalidad de Concurrencia³										Dependencia				Si		No																						
Cambiar a establecimiento						N° Prestador²						Cat:																										
Nombre / Razón Social				CUIT																																		
Lugar donde se brinda la prestación				Calle				N°:																														
Localidad:				Provincia:								CP:																										
Tel:				Mail																																		
Prestación de Apoyo				Si		No		Horas semanales																														
Dependencia				Si		No		FIM Puntaje						/ 126																								
Modificación de Transporte⁴				Si		No		Km/día solicitados																														
Días solicitados por mes								Dependencia				Si		No																								
Motivo del cambio																																						
Fecha de solicitud																																						
LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD TIENE 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 Ver Anexo Códigos										4 Ver Anexo requisitos Transporte																												



MODIFICACIÓN O PRORROGA DE PRESTACION DE DISCAPACIDAD (continuación)

Beneficiario -----

b)HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Personales: -----

Estado Actual :-----

Diagnóstico:-----

Medicación:-----

Capacidad funcional (Mental, motriz, sensorial): -----

Opinión acerca de las medidas terapéuticas y de apoyo necesarias:-----

Fecha: -----

Firma y sello Médico tratante



MODIFICACIÓN O PRORROGA DE PRESTACION DE DISCAPACIDAD (continuación)

Beneficiario -----

a) SITUACIÓN FAMILIAR

Familia	Si		No						
Vínculos afectivos	Si		Madre		Padre		Hermanos		Otros
	No								
Responsabilidad Familiar	Total		Parcial		Ninguna				
Relación con la comunidad	Si		No						

Fecha: -----

Firma y sello del profesional

b) RESEÑA DE ABORDAJES ANTERIORES (terapéuticos y/ o educativos)

Fecha: -----

Firma y sello del profesional

c) INFORME INDIVIDUAL: Nivel Cognitivo, Comunicación, Juego, Desarrollo motor y socio-afectivo. Nivel gráfico, lecto - escritura y lógico matemático

MODIFICACIÓN O PRORROGA DE PRESTACION DE DISCAPACIDAD (continuación)

Beneficiario -----

Fecha: -----

Firma y sello del profesional

