

Planilla 3. REQUISITOS DEL TRAMITE

A ser completada y firmada por la Región

APELLIDO Y NOMBRE del beneficiario: _____

Nº de beneficiario: _____ **Nº de trámite** _____

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ESTAR EN EL TRÁMITE	PRESENTADO
Fotocopia de DNI del titular y del familiar para el cual se solicita el servicio. <i>En caso de corresponder se adjuntará la documentación que acredite el vínculo (curatela, poder).</i>	
Fotocopia del certificado de beneficiario de Incluir Salud para el cual se solicita el servicio.	
Fotocopia del último recibo cobro	
En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad, copia del mismo.	
Planilla 1. Indicación de Enfermería Domiciliaria. Disponible en http://www.incluiresalud.gba.gob.ar/	
Planilla 2. Solicitud de Enfermería Domiciliaria. Disponible en http://www.incluiresalud.gba.gob.ar/	
Fotocopia de título de formación del enfermero propuesto.	
Constancia de opción de AFIP del enfermero propuesto.	
Fotocopia de Matrícula del enfermero propuesto.	
Fotocopia del DNI del enfermero propuesto.	
Para solicitar prorroga / renovación de la prestación, adjuntar copia de la última autorización.	

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones constituye el 100% de su cobertura.

Firma del referente regional

Fecha / / .