

## **ANEXO I - 1**

### **PRÓRROGA POR CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021 .**

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

En aquellos casos que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales/prestadores acuerden la **CONTINUIDAD** de las prestaciones que venía recibiendo en el año 2020, se deberá presentar ante la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga la siguiente documentación:

#### **La Persona con Discapacidad, familiar responsable/figura de apoyo:**

- Conformidad de la Prestación, según modelo detallado **ANEXO I.1.1**

En el mismo se deberá detallar la/s prestación/es por las que brinda conformidad respecto de su continuidad, en igualdad de condiciones a las autorizadas en el período prestacional 2020, pudiendo realizarse en forma manuscrita.

#### **El Prestador:**

- Informe Evolutivo de la Prestación brindada.
- Plan de Abordaje para el período ASPO 2021. Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas.
- Transporte, Informe de la prestación brindada en 2020 y a realizar en 2021, según modelo detallado **ANEXO I 1.2**

### **BAJA DE LA PRESTACIÓN**

En aquellos casos que se desee dar la **BAJA** de la/s prestación/es, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberá informarlo a la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga por medios digitales o los habilitados por la entidad.

Si la persona con discapacidad presenta dificultad o registra algún incumplimiento de esta norma por alguna de las partes, podrá solicitar orientación a la Unidad a través del siguiente mail:

orientaciondiscapacidad@sssalud.gob.ar

**ANEXO I - 2**

**CONFORMIDAD PRORROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021**

**Fecha:** ...../...../.....

**Apellido y nombre del beneficiario:**

**Número de Afiliado:**

Yo .....con Documento Tipo (.....) N° ....., doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Modalidad: (presencial/virtual)\_\_\_\_\_

Tipo de prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Modalidad: (presencial/virtual)\_\_\_\_\_

Tipo de prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Modalidad: (presencial/virtual)\_\_\_\_\_

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma: .....

Aclaración: .....

Domicilio: .....

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:**

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar responsable / figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Parentesco: .....

Domicilio: .....

**ANEXO I 1.2**

**INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE**

Mes \_\_\_\_\_ de 2021.

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Número de DNI:

**PERÍODO ASPO / DISPO 2020**

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio?

SÍ  NO MOTIVO: \_\_\_\_\_

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte?

¿Qué tipo de asistencia brindó?

TRASLADO DE:  ALIMENTOS  MATERIAL DIDÁCTICO  OTROS \_\_\_\_\_

PRESENCIAL

**PERÍODO APSO / DISPO 2021**

**PRESTACIÓN**

**TIPO DE ASISTENCIA**

	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL
	TRASLADO DE <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRESENCIAL

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR





República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2020 - Año del General Manuel Belgrano

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** EX-2020-66692666- -APN-SSS#MS ANEXO I

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.