

**FORMULARIO DE PLAN DE TRABAJO DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO****IMPORTANTE:**

*El presente Formulario **debe ser completado por el/la Acompañante Terapéutica/o.***

- 1- Se solicita letra clara y legible, en tinta negra. No se aceptarán tachaduras ni enmiendas, tanto en los formularios como en las planillas de asistencia.-
- 2- Solo se autorizará que el Acompañamiento sea realizado por : Acompañante Terapéutico graduado en una carrera universitaria de duración mayor o igual a dos años y debidamente acreditada por el ministerio de educación – Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico
- 3- En los casos que el Acompañamiento sea Escolar, deberá presentarse informe interdisciplinario (todas las terapias o disciplinas) y Nota de la Institución Educativa solicitando la prestación.
- 4- En todos los casos los datos de la presente solicitud serán cotejados con la H. Clínica – actualizada – con el esquema global de terapias / prestaciones de rehabilitación, con el plan de acompañamiento y con el contexto socio-familiar del afiliado. De este modo, Auditoría médica determinará – en caso de ser necesario- la realización de auditoría de terreno y de esta forma, confirmar o descartar la solicitud.-
- 5- ***Se solicitara, informe semestral firmado por psiquiatra/terapista ocupacional, concreto de los objetivos alcanzados y trabajo realizado, dichos informes se presentaran en julio 2024 con Facturacion de Junio y en Enero 2026 con facturación de Diciembre 2025.*** Cada mes con la facturación se debe adjuntar informe mensual junto a la planilla de asistencia domiciliaria/escolar según corresponda.
- 6- Siendo que la prestación de Acompañante Terapéutico no se encuentra nombrada por la Ley 24.901, ni su arancel determinado por Resoluciones de Ministerio de Salud y/o Agencia de Discapacidad, **el valor de la prestación será determinado por ADOS Comodoro Rivadavia e informado a todos los profesionales que así lo consulten y que pretendan desempeñarse como prestadores de esta Obra Social.-**

**DATOS DEL AFILIADO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Cuit del Afiliado: \_\_\_\_\_ F. Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N° Contacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
***Firma Beneficiario o Representante***\_\_\_\_\_  
***Aclaración***\_\_\_\_\_  
***DNI*****DATOS DEL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

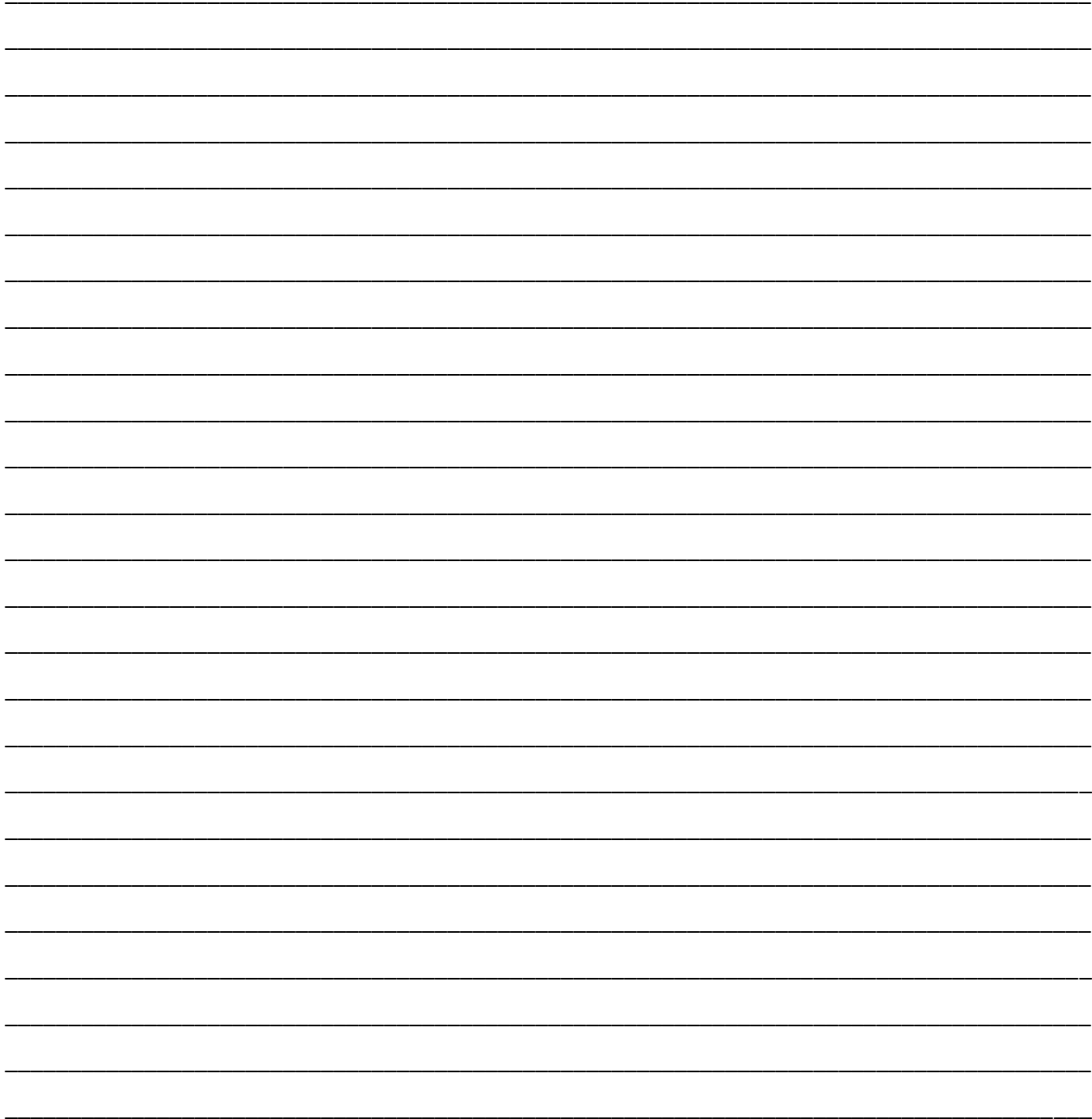
CUIT: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Domicilio de Atención: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_





Fecha

**PRESUPUESTO ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

Fecha y Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Cuit del Afiliado: \_\_\_\_\_ F. Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N° Contacto: \_\_\_\_\_

**Datos de la Prestación ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO:**
**PERIODO 2025:**

|                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| DESDE _____               | HASTA _____            |
| <b>CANTIDAD DE HORAS:</b> |                        |
| _____ HS/DIA              | _____ HS/ SEMANA       |
| <b>VALOR AUTORIZADO:</b>  |                        |
| \$ _____ POR HORA         | \$ _____ TOTAL MENSUAL |

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Condición frente al IVA: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO:**

Domicilio de Atención: \_\_\_\_\_

| HORARIO | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| DESDE   |       |        |           |        |         |
| HASTA   |       |        |           |        |         |

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y sello del Acompañante

## PLAN DE TRABAJO MENSUAL

/ /2025

El siguiente informe debe detallar los objetivos que se desarrollan en el transcurso del mes, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y el núcleo de apoyo, describir resultados alcanzados.

[illegible]

FIRMA Y ACLARACION

YO.....DOY MI CONSENTIMIENTO Y ESTOY  
CONFORME A LOS OBJETIVOS ALCANZADOS, PROPUESTOS Y LOS BENEFICIOS ESPERADOS DEL  
TRATAMIENTO DE MI HIJO/A.....

FIRMA Y ACLARACION MADRE,  
PADRE, O TUTOR