

## PRESUPUESTO INSTITUCIONES

Fecha de emisión: .....

Prestador: .....

Domicilio de atención: .....

Teléfono: ..... Mail de contacto: .....

CUIT: .....

Entidad bancaria: ..... Alias: .....

CBU: .....

Condición frente a IVA:

Inscripto: ..... Monotributo: ..... Exento: .....

Condición frente a IIBB:

Inscripto: ..... Conv. multilat.: ..... Exento: .....

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

Beneficiario causante: .....

DNI: .....

Modalidad prestacional a brindar:

.....

Tipo de jornada a realizar: .....

Categoría: .....

Período: ..... Año: .....

Dependencia: Sí  No

Almuerzo: Sí  No

Monto mensual: .....

**Cronograma de asistencia:**

indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

<b>Horario</b>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>Desde</b>					
<b>Hasta</b>					

Firma Responsable de la Institución: .....

Aclaración: .....

En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de hogar, centro de día, centro educativo terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por Lic. en terapia ocupacional/psiquiatra, dependiendo del diagnóstico y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

### Escala de FIM (Medida de Independencia Funcional)

<b>AUTOCUIDADO</b>	
Alimentación	
Aseo personal	
Baño	
Vestimenta superior	
Vestimenta inferior	
Uso del baño	
<b>CONTROL DE ESFÍNTERES</b>	
Control de intestinos	
Control de vejiga	
<b>TRASLADOS</b>	
a la cama ó silla de ruedas	
al baño	
a la ducha o bañera	
<b>LOCOMOCIÓN</b>	
Marcha ó Silla de ruedas	
Escalera	
<b>COMUNICACIÓN</b>	
Comprensión	
Expresión	
<b>CONEXIÓN</b>	
Interacción social	
Resolución de problemas	
Memoria	
PUNTAJE FINAL	

<b>INDEPENDIENTE</b>	Puntaje
Independencia total	7
Independencia con adaptaciones	6

<b>DEPENDIENTE</b>	
Requiere supervisión. No se toca al paciente	5
Requiere mínima asistencia. El paciente aporta 75 % o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

## PLANILLA DE ASISTENCIA

Nombre y apellido	
Nº de afiliado	
Mes de prestación	
Nombre del profesional	

Marcar con X los días que corresponde

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

	Día	Entrada	Salida	Firma prof.	Sello prof.	Firma padre madre o tutor
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

## PLANILLA DE DATOS DEL PRESTADOR

### Mecanismos de integración

Para la correcta gestión del trámite, complete la siguiente información:

Nombre y apellido	
D.N.I.	
N° CUIL / CUIT	
Celular	
Email	
Domicilio actual	
Localidad	
Especialidad	
Afiliado	
Período prestacional	