

DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES - PROFESIONALES) PRESTACIÓN BRINDADA EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO- ANEXO III

Mes _____ de 2020

En contexto de medida de "AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO", DECNU-2020-297-APN-PTE

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO: _____

NRO. DE DNI: _____

¿QUE PRESTACION BRINDÓ DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO?

<input type="checkbox"/> HOGAR - <input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA - <input type="checkbox"/> RESIDENCIA -
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN - MODULO INTEGRAL INTENSIVO - MODULO INTEGRAL SIMPLE
<input type="checkbox"/> CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - <input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE APOYO
<input type="checkbox"/> MAESTRO DE APOYO - <input type="checkbox"/> PEQUEÑO HOGAR - <input type="checkbox"/> CENTRO DE APRESTAMIENTO LABORAL
<input type="checkbox"/> CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA - <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON INTERNACIÓN
<input type="checkbox"/> MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - <input type="checkbox"/> REHABILITACION HOSPITAL DE DIA
<input type="checkbox"/> HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR: _____ _____
<input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD - INIDCAR: ● INICIAL ● PRIMARIA ● FORMACIÓN ● LABORAL

PRESTACION NO BRINDADA MOTIVO: _____

ESPECIFICAR MODALIDAD DE CONCURRENCIA

SIMPLE LUNES A VIERNES DOBLE PERMANENTE

OTRA – ESPECIFICAR: _____

ESPECIFICAR LA MODALIDAD A TRAVÉS DE LA CUÁL BRINDÓ LA PRESTACIÓN EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO

- MATERIAL IMPRESO - MAIL - VIDEOLLAMADA * - PRESENCIAL - TELEFÓNICA* -
 OTRA ESPECIFICAR*: -----

***DIAS Y HORARIOS DE CONTACTO:**

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabados
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

¿DESDE EL ESTABLECIMIENTO SE BRINDÓ EL SERVICIO DE ALIMENTACION A DOMICILIO?

- SÍ NO MOTIVO: -----

EN EL CASO EN QUE EL BENEFICIARIO RESIDA EN UN HOGAR/RESIDENCIA:

¿FUE RETIRADO POR SUS FAMILIARES O RESPONSABLES A CARGO DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO SOCIAL Y OBLIGATORIO?

- NO - SI ¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE? - SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS MATERIAL DIDÁCTICO OTROS _____ NO

CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA

SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA / SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA

FECHA: ____/____/____

FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR:

ACLARACION:

DNI:

FECHA: ____/____/____ Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada. La misma se incorporará al legajo del beneficiario

FIRMA DEL PRESTADOR:

ACLARACION:

DNI: