

Constancia de entrega de reglamento para prestaciones de discapacidad

En mi carácter de _____ de _____
(Parentesco)

DNI N° _____, declaro bajo juramento haber leído, comprendido y aceptado todos y cada uno de los términos y condiciones del Reglamento para Prestaciones de Discapacidad que me ha sido entregado.

En particular, tomo conocimiento de los requerimientos para las auditorías y eventuales autorizaciones de las prestaciones vinculadas a discapacidad, y de la existencia de una cartilla de prestadores contratados por OMINT. En función de ello, he tomado conocimiento que todo servicio que solicite fuera de la cartilla de prestadores de OMINT podrá ser contratado a su exclusivo criterio del agente de salud.

Asimismo, me comprometo a prestar la colaboración que me sea requerida a fin de determinar el alcance, la exactitud y calidad de las prestaciones brindadas por los distintos efectores. En ese sentido, declaro bajo juramento la veracidad de toda constancia y/o documentación que cuente con mi firma y/o la de otro/s integrante/s del grupo familiar (tales como control de presentismo, kilómetros recorridos en transporte, destino de prestación, entre otras).

Tomo conocimiento que toda información falsa suministrada a OMINT o bien toda omisión o reticencia de información sobre circunstancias conocidas, tanto verbal como escrita dará derecho a OMINT a resolver automáticamente la relación establecida entre OMINT y el beneficiario. La falsa información como las omisiones o reticencias, harán perder al beneficiario la cobertura de los gastos que le hubiese correspondido, cualquiera fuese el sistema de atención utilizado y podrá dar lugar a la suspensión de los servicios, así como a las correspondientes acciones civiles o penales que se considere procedentes.

Firma del titular Responsable	Aclaración	Fecha
.....		

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Conformidad de Recepción

Nombre y Apellido	N° de DNI
-------------------	-----------

Por medio del presente, manifiesto que he recibido un ejemplar del presente instructivo, con el detalle de la documentación necesaria para la evaluación de las prestaciones de discapacidad.

Asimismo, tomo conocimiento que, para evaluar el alcance de la cobertura y su modalidad, debo necesariamente presentar ante OMINT toda la documentación completa requerida en la presente guía y de no proceder según lo indicado, reconozco y acepto que no me serán brindadas las atenciones solicitadas.

Firma del titular Responsable	Aclaración	Fecha
.....		

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.