



## **ANEXO II - 1**

### **MODIFICACIÓN O NUEVA PRESTACIÓN PERÍODO ASPO/DISPO 2021**

En aquellos casos que se solicite una **NUEVA** prestación o que la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo y los profesionales tratantes/prestadores consideren que debe hacerse una **MODIFICACIÓN** del Plan de Abordaje que se encontraba recibiendo en el período 2020, deberá presentarse la siguiente documentación:

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

Conformidad de Prestación, según modelo detallado en ANEXO II. 1.1

- Orden Médica, confeccionada por médico tratante.
- Resumen de Historia Clínica, confeccionada por médico tratante.
- Apoyo a la Inclusión Educativa, deberá presentar:

Constancia de alumno regular, emitida por la escuela común.

Acta Acuerdo, firmada por el familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

La documentación requerida para Inclusión Educativa, deberá ser remitida dentro del plazo posible considerando las medidas de ASPO/DISPO. La imposibilidad de presentarla no podrá ser motivo de denegación ni ser restrictivo el acceso a la prestación.

#### **El Prestador:**

- Plan de Abordaje período ASPO 2021. Especificando la modalidad de intervención, presencial, teleasistencia o ambas.

Para la prestación de Apoyo a la Inclusión Educativa, el Plan de Abordaje individual, deberá detallar la adaptación curricular en caso de corresponder, confeccionado por el profesional/equipo que lleve a cabo la Integración.

- Presupuesto.
- Para la prestación de Transporte, el Presupuesto deberá especificar la modalidad de asistencia brindada; alimentaria, material didáctico, etc o presencial, según habilitación jurisdiccional.
- Documentación del prestador, según corresponda a cada prestación.
- Dependencia, en caso de corresponder deberá presentarse la escala FIM confeccionada por el prestador o médico tratante.

Cuando se solicite una NUEVA prestación o una MODIFICACIÓN, los modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga haya confeccionado para la solicitud de prestaciones del año 2020.

En aquellos casos que la solicitud de cobertura de prestaciones de discapacidad se realice por primera vez, la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga podrá solicitar documentación respecto de su certificación de persona con discapacidad, afiliación, etc.



*Obra Social del Personal de la Industria del Vidrio*

REPÚBLICA ARGENTINA  
R.N.O.S. N° 1-2250-0

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](mailto:orientaciondiscapacidad@sssalud.gob.ar)



ANEXO II - 2

**CONFORMIDAD MODIFICACIÓN/ NUEVA PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021**

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo .....con Documento Tipo (.....)  
Nº ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es 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 en relación a 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)\_\_\_\_\_

Firma: .....

Aclaración: .....

Domicilio: .....

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

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: .....



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 II

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.