



O.S.P.E.S.G.y P.E.

RNOS 1-0720-6

Obra Social del Personal de Estaciones de Servicio,  
Garages, Playas de Estacionamiento y Lavaderos de Autos



## **PEDIDO DE DOCUMENTACION**

**FECHA:**.....

**BENEFICIARIO:**.....

**DNI:**.....

**PRESCRIPCION MEDICA SOLICITADA:**

**ESCUELA ESPECIAL**

**Por medio de la presente solicito que me envíen a la brevedad la siguiente documentación:**

- 1- CONSENTIMIENTO DE INSTITUCION.**
- 2- FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.**
- 3- FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA**
- 4- ORDEN MEDICA ORIGINAL INDICANDO PRESTACION JORNADA Y PERIODO.**
- 5- PRESUPUESTO ANUAL INDICANDO DÍAS Y HORARIOS QUE ASISTE, DOMICILIO DE ATENCION Y CBU DEBE COINCIDIR CON EL CUIT DE LA FACTURACION.**
- 6- PLAN DE TRATAMIENTO.**
- 7- INFOMRE EVALUATIVO**
- 8- REGISTRO DE PRESTADORES.**
- 9- FOTOCOPIA DEL CARNET, RECIBO DE SUELDO Y DNI.**
- 10-EN CASO DE DEPENDENCIA PRESENTAR EL FORMULARIO FIM**
- 11- CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE AFIP**

**Hipólito Yrigoyen 2727 Cap. Fed.**

**Tel: 4866-1225/1654/1631 int 292 Mónica o Giselle.**

**Ospesgypediscapacidad1@gmail.com**