

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

Mes \_\_\_\_\_ de 2021

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

NOMBRE Y APELLIDO:

NRO. DE DNI

NRO. DE BENEFICIARIO O AFILIADO

ORDEN DE ATENCIÓN  
(en caso de corresponder)

|        |                  |
|--------|------------------|
| Número | Fecha de Emisión |
|--------|------------------|

|        |                  |
|--------|------------------|
| Número | Fecha de Emisión |
|--------|------------------|

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

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HOGAR<br><br><input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA<br><br><input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN<br>- MODULO INTEGRAL INTENSIVO<br>- MODULO INTEGRAL SIMPLE | <input type="checkbox"/> RESIDENCIA<br><br><input type="checkbox"/> CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO<br><br><input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE APOYO<br><br><input type="checkbox"/> MAESTRO DE APOYO | <input type="checkbox"/> PEQUEÑO HOGAR<br><br><input type="checkbox"/> CENTRO DE APRESTAMIENTO LABORAL<br><br><input type="checkbox"/> CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA | <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON INTERNACIÓN<br><br><input type="checkbox"/> MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR<br><br><input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN HOSPITAL DE DÍA | <input type="checkbox"/> HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR:<br><br><input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> INICIAL</li> <li><input type="checkbox"/> PRIMARIA</li> <li><input type="checkbox"/> FORM. LABORAL</li> </ul> |
|--|---|--|---|---|

PRESTACION NO BRINDADA  
MOTIVO:

**ESPECIFICAR MODALIDAD DE CONCURRENCIA**

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIMPLE | <input type="checkbox"/> LUNES A VIERNES | <input type="checkbox"/> OTRA – ESPECIFICAR: |
| <input type="checkbox"/> DOBLE  | <input type="checkbox"/> PERMANENTE      |  |

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

MATERIAL IMPRESO  
  MAIL  
  VIDEOLLAMADA  
  PRESENCIAL  
  TELEFÓNICA  
  OTRA ESPECIFICAR

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

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> 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?**

|                             |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI |

**¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE?**

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS | <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO | <input type="checkbox"/> OTROS _____ |
| <input type="checkbox"/> NO                            |   |                                      |

**CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA**

| <b>SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA</b>   | <b>SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA</b>  |
|--|--|
| <p>FECHA: ____/____/____</p><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><p>FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR<br/>ACLARACION:<br/>DNI:</p> | <p>FECHA: ____/____/____</p> <p>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</p> <p>FIRMA DEL PRESTADOR:</p><br><br><br><p>ACLARACION:</p><br><br><br><p>DNI:</p> |