

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

Mes \_\_\_\_\_ de 2020

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 |
|--------|------------------|

**¿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 - MODULO INTEGRAL INTENSIVO<br><input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN - 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"/> REHABILITACION HOSPITAL DE DIA | <input type="checkbox"/> HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR:<br><br><input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>● INICIAL</li> <li>● PRIMARIA</li> <li>● FORMACIÓN 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?**

- NO  
 SI

**¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE?**

SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS  MATERIAL DIDÁCTICO  OTROS \_\_\_\_\_

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> <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:<br/>ACLARACION:<br/>DNI:</p> |



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2020 - Año del General Manuel Belgrano

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR INSTITUCIONAL V1

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.