



## GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

### Informe

Número:

Buenos Aires,

Referencia: ANEXO II - NOTA SOLICITUD DE BENEFICIO ECONÓMICO

---

### ANEXO II

### NOTA SOLICITUD DE BENEFICIO ECONÓMICO

**Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS )**

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Me dirijo a usted en mi carácter de [titular/representante/apoderado] de [nombre del prestador], con domicilio en [dirección completa], a fin de solicitar formalmente la inscripción en el Programa “Apoyo a las Instituciones para personas con discapacidad - Ley Nacional 24.901”, en el marco de las políticas públicas de asistencia a dichas instituciones que lleva adelante el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En carácter de declaración jurada, se detalla a continuación la siguiente información:

Que esta institución se encuentra debidamente habilitada para la prestación de servicios a personas con discapacidad conforme a la normativa vigente.

Nuestra institución declara conocer y acepta las condiciones y obligaciones establecidas en la normativa vigente para la incorporación al Programa “Apoyo a las Instituciones para personas con discapacidad - Ley Nacional 24.901”.

## 1. DATOS DEL BENEFICIARIO

**Nombre de la institución / prestador:**

**CUIT:**

**Tipo de institución:** ( ) Asociación Civil ( ) Fundación ( ) Cooperativa ( ) S.R.L.

( ) Otro: \_\_\_\_\_

**Tipo de prestación:** ( ) Centro de Día ( ) Centro Educativo Terapéutico ( ) Hogar

( ) Residencia

**Nº de Registro de Prestadores:**

**Categorizado:** ( ) A ( ) B ( ) C

**Domicilio legal:**

**Domicilio real CABA:**

**Comuna:**

**Código postal:**

**Celular:**

**Correo electrónico institucional:**

**Domicilio Electrónico:**

## **2. DATOS CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO**

**Titularidad:**

**CUIT:**

**Tipo de cuenta:**

**CBU:**

**ALIAS:**

## **3. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL TRÁMITE**

**Nombre/s y Apellido/s:**

**DNI:**

**CUIT:**

**Celular:**

Correo electrónico:

#### 4. AUTORIDADES

Apellido y Nombre	Cargo	DNI	Correo electrónico	Teléfono

#### 5. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN

##### CENTRO DE DÍA

Modalidad de atención: ( ) Jornada Simple ( ) Jornada Doble

Cantidad de personas usuarias actualmente atendidas:

Cantidad de trabajadores/as:

¿La prestación está activa actualmente?: ( ) Sí ( ) No

¿Se encuentra en riesgo de discontinuidad? ( ) Sí ( ) No

Si respondió "Sí", describa brevemente las causas:

##### CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Modalidad de atención: ( ) Jornada Simple ( ) Jornada Doble

Cantidad de personas usuarias actualmente atendidas:

Cantidad de trabajadores/as empleados/as:

¿La prestación está activa actualmente?: ( ) Sí ( ) No

¿Se encuentra en riesgo de discontinuidad? ( ) Sí ( ) No

Si respondió “Sí”, describa brevemente las causas:

## **HOGAR**

Modalidad de atención:

( ) Hogar Permanente

( ) Hogar Lunes a Viernes

( ) Hogar con CD Lunes a Viernes

( ) Hogar con CET Lunes a Viernes

( ) Hogar con CD Permanente

( ) Hogar con CET Permanente

Cantidad de personas usuarias actualmente atendidas:

Cantidad de trabajadores/as empleados/as:

¿La prestación está activa actualmente?: ( ) Sí ( ) No

¿Se encuentra en riesgo de discontinuidad? ( ) Sí ( ) No

Si respondió “Sí”, describa brevemente las causas:

## **RESIDENCIA**

Modalidad de atención:

( ) Residencia Lunes a Viernes

( ) Residencia Permanente

Cantidad de personas usuarias actualmente atendidas:

Cantidad de trabajadores/as empleados/as:

¿La prestación está activa actualmente?: ( ) Sí ( ) No

¿Se encuentra en riesgo de discontinuidad? ( ) Sí ( ) No

Si respondió “Sí”, describa brevemente las causas:

Firma del responsable institucional

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025 Firma: \_\_\_\_\_