

Planilla de Acompañamiento

Requisito para solicitar Acompañamiento



AFILIADO/PACIENTE: _____ N° AF: _____

Marque con una tilde según corresponda: PLAN SOSUNC DISCAPACIDAD SALUD MENTAL

PROFESIONAL: _____ AÑO: _____

Marque con una tilde según corresponda: AT - Acompañante Terapéutico MAI - Maestra/o de Apoyo

Domicilio

Domicilio del afiliado/a					
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios					
Fecha de inicio			Fecha de finalización		
Carga horaria semanal	/horas.		Cantidad de meses		

Escolar

Establecimiento Educativo					
Grado			Turno		
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios					
Fecha de inicio			Fecha de finalización		
Carga horaria semanal	/horas.		Cantidad de meses		

Terapéutico

Complete si corresponde

Centro de Rehabilitación					
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios					
Fecha de inicio			Fecha de finalización		
Carga horaria semanal	/horas.		Cantidad de meses		

Otro espacio

Complete si corresponde

Domicilio					
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios					
Fecha de inicio			Fecha de finalización		
Carga horaria semanal	/horas.		Cantidad de meses		