

**Planilla 1 – SOLICITUD DE ATENCIÓN**

A ser completada y firmada por familiar responsable. La presente constituye una Declaración Jurada.

Información general:

¿Cuál es la característica de la cobertura? Es una prestación para afiliadxs con diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista a ser brindada en modalidad de tratamiento intensivo e interdisciplinario en domicilio o en consultorio o en Centro de diagnóstico y tratamiento de baja y mediana complejidad (Policlínica), o en Centro Educativo Terapéutico, con el fin de mejorar la calidad de vida, lograr la inclusión en la comunidad y evitar el aislamiento o separación de la sociedad.

¿Qué servicios cubre? Las disciplinas incluidas en el servicio son Medicina (Psiquiatra o Neurólogo), Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Terapia Ocupacional y opcionales tales como Musicoterapia, Psicomotricidad, Kinesiología, Acompañante Terapéutico (en Domicilio y/o Institución Educativa Común).

¿Cómo es la modalidad de autorización? Se autoriza cobertura según servicio modulado y adicional opcional (AT en Domicilio y/o AT en Institución Educativa Común), según las necesidades requeridas. La cobertura podrá incluir supervisión de Médico (Psiquiatra o Neurólogo) o Lic. en Psicología.

Módulo 1: Hasta dos (2) sesiones diarias de lunes a viernes.*

Módulo 2: Tres (3) sesiones diarias de lunes a viernes.*

Módulo 3: Cuatro (4) sesiones diarias de lunes a viernes.*

**Con sesión de duración mínima de 45 minutos.*

A- DATOS DEL AFILIADX PARA EL QUE SOLICITA LA PRESTACIÓN, ENTRE OTROS.

Apellido:	Nombre:
DNI:	N° de afiliadx:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Domicilio:	Localidad:
Apellido y nombre de un referente:	
Vínculo:	Teléfono:

B- TIPO DE SOLICITUD (MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA)

1- Solicitud por primera vez: <input type="checkbox"/>	2- Renovación: <input type="checkbox"/>
--	---

C- INDIQUE QUÉ TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS RECIBE ACTUALMENTE EL AFILIAD(X) CON O SIN FINANCIAMIENTO DE IOMA

Internación Domiciliaria:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
AT en Domicilio:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	AT en Inst. Educativa Común:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Escuela Especial:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	en el horario:	
Escuela Común:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	en el horario:	
Centro Educativo Terapéutico:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Centro de Día:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tratamientos:			Cuál?	
¿Dónde?				
Otros				
<i>En caso de alguna respuesta afirmativa y que posea financiamiento de IOMA, adjuntar a esta Planilla una fotocopia de la Orden de Prestación.</i>				

Firma y aclaración de un familiar o responsable

Vínculo o parentesco