



### Planilla 3. INFORMACIÓN DEL CUIDADOR DOMICILIARIO

A ser completada por el Cuidador Domiciliario y firmada por éste y el afiliado o familiar. Se presentará una Planilla 3 por cada Cuidador propuesto.

**La presente constituye una Declaración Jurada y DEBERA ESTAR FIRMADA AL DORSO**

APELLIDO y Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

Nº de afiliado: \_\_\_\_\_

**Información sobre la prestación, planillas y normas de facturación:**

**[www.ioma.gba.gov.ar/](http://www.ioma.gba.gov.ar/) Guía de Coberturas / Cuidador Domiciliario**

#### A. INFORMACIÓN DEL CUIDADOR DOMICILIARIO

APELLIDO:	Nombre:
DNI:	Fecha de nacimiento:
Teléfono de contacto: <i>(obligatorio)</i> (        )	
e - mail de contacto (no obligatorio)	
Domicilio real:	Localidad:
CUIT:	

**B. PAD (PLAN DE ASISTENCIA DIARIA)** *Para ser completado por el Cuidador Domiciliario. Por favor describa brevemente la propuesta de trabajo a realizar.*

<b>Horario propuesto a cumplir:</b>	Lunes a viernes de _____ a _____ hs
	Sábados de _____ a _____ hs
	Domingos de _____ a _____ hs

**C. DECLARACIÓN JURADA. Art. 15 y 24 de la Ley 6.982, Art. 39 del Decreto 7.881/84.**

Por medio de la presente, declaro conocer y aceptar que:

■ La prestación de Cuidador Domiciliario está destinada a afiliados dependientes de terceros tanto Adultos Mayores como de 18 a 59 años de edad para la asistencia en las actividades de la vida diaria, de las actividades instrumentales y de inserción social en el domicilio del afiliado o ámbitos socio - recreativos, previa autorización de la red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia) No será autorizada la prestación del Cuidador Domiciliario para brindarse a afiliados cursando internación transitoria o permanente en efectores de carácter sociales o sanitarios tanto del ámbito privado como estatal, que estén recibiendo atención domiciliaria integral, y coberturas variadas que en su conjunto excedan las 24 hs.

■ El afiliado debe contar con una red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia) con incapacidad parcial para la contención debiendo compartir un tiempo de la atención diaria con el Cuidador Domiciliario. En caso de no contar con ella, la prestación de cuidador domiciliario no podrá ser autorizada.

■ Cada Cuidador Domiciliario podrá facturarle a IOMA como cuidador domiciliario máximo **12 hs por día y de 6 días máximo a la semana, lo que equivale a un total de 72 horas semanales y 288 horas mensuales.**

■ Las solicitudes que excedan las 12 horas diarias y/o 6 días semanales solo serán evaluadas cuando el afiliado se encuentre en alguna de las situaciones descriptas a continuación: dependencia moderada a severa, demencia moderada a severa, enfermedad oncológica activa, cuidados paliativos no oncológicos, postración, alto riesgo social.

■ El Cuidador Domiciliario no podrá delegar en terceros sus tareas.

■ **PODRÁN SER PRESTADORES COMO CUIDADORES DOMICILIARIOS:** Cuidador Domiciliario, Cuidador para personas con discapacidad, Auxiliar gerontológico, Auxiliar de familia, Auxiliar de Enfermería, Técnico en Enfermería, Licenciado en Enfermería, Acompañante Terapéutico o carreras afines y estudiantes avanzados de las carreras de Psicología y Medicina. En todos los casos, los títulos/certificaciones deberán estar reconocidos por Organismos públicos (Nacionales, Provinciales y/o Municipales tales como Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE), Dirección Provincial de Gestión Privada (DIPREGEP) y Universidades Nacionales, y evaluación quedará sujeta a la auditoría técnica especializada.

■ **LAS TAREAS QUE PUEDE REALIZAR UN CUIDADOR** son relacionadas a comer, lavarse-bañarse, vestirse y arreglarse, desplazarse, deambular y/o trasladarse, usar el teléfono, elaborar comidas, realizar compras, administrar la medicación oral indicada por el profesional médico, entre otras. NO realiza tareas de servicio doméstico, limpieza del hogar, de la indumentaria personal, objetos personales, etc. ni tareas de mantenimiento de prótesis u ortesis, tampoco realizará tareas de enfermería profesional como suministrar medicación vía enteral, parenteral, por catéter central, curaciones complejas, etc. Las tareas mencionadas serán realizadas según las **necesidades del beneficiario y siempre contando con su acuerdo y/o el de su red primaria de apoyo.** Estos últimos proveerán los insumos necesarios para la higiene, seguridad y cuidados del afiliado.

■ El Cuidador Domiciliario deberá llevar un **cuaderno diario de registro de actividades** con firma de ambas partes.

■ **La búsqueda, entrevista y elección del efector Cuidador Domiciliario** estará a cargo del afiliado, del responsable y su red primaria de apoyo. Tanto el tipo de cuidado, como la extensión y duración de la cobertura estarán sujetos a la evaluación de las necesidades y particularidades de cada caso. Puede consultar en [www.desarrollosocial.gob.ar/cuidadores/165](http://www.desarrollosocial.gob.ar/cuidadores/165)

■ Los términos convenidos con el afiliado o su red primaria de apoyo respecto de la prestación del servicio **no son vinculantes ni obligatorios para el IOMA** en todo lo que exceda el reconocimiento y cobertura establecido por parte del Instituto.

■ **La prestación de servicios deberá ajustarse a la reglamentación y requerimientos del IOMA**, como pedidos de informes, planillas de horarios, inspecciones, auditorias, etc. sin que esto configure relación de dependencia o laboral alguna con el IOMA.

■ **Si deja de prestar el servicio, el Cuidador Domiciliario deberá comunicar al afiliado y/o a su red primaria de apoyo de su decisión con al menos 15 días de anticipación, y al IOMA, por planilla 6** presentada en la Delegación correspondiente al afiliado. Esta nota deberá consignar la fecha y motivo de la suspensión de sus servicios. Además adjuntará una copia de la orden de prestación en cuestión. De este modo quedará habilitado para trabajar con otro afiliado.

■ **En caso de baja de la prestación, renuncia o abandono del servicio del Cuidador Domiciliario será el afiliado y/o su red primaria de apoyo quienes deberán comunicar al IOMA tal situación, mediante planilla 6** presentada en la Delegación correspondiente. Dicha nota deberá consignar la fecha y el motivo de la baja del prestador o de la prestación. Se adjuntará una copia de la orden de prestación en cuestión.

■ Mediante la presente, accedo a brindar el servicio de Cuidador Domiciliario a favor del afiliado arriba enunciado, declarando conocer la normativa y aranceles del IOMA para dicha prestación, sin percibir suma extra alguna fuera de los montos reconocidos por esta Obra social.

---

Firma y aclaración del Cuidador

---

Firma y aclaración del afiliado, familiar o responsable

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_