

Planilla 2. INFORMACIÓN DEL AFILIADO/A

A ser completada y firmada por el/la afiliado/a, familiar o responsable. La presente constituye una Declaración Jurada.

Información sobre la prestación: www.ioma.gba.gov.ar/ Guía de Coberturas / Cuidador Domiciliario

INFORMACIÓN GENERAL :

- **¿A quiénes está destinada esta prestación?** Está destinada a afiliados/as dependientes de terceros, tanto Adultos Mayores como afiliados/as de 18 a 59 años de edad que requieran transitoria o permanentemente de un Cuidador Domiciliario que brinde asistencia y/o supervisión para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (comer, asearse, arreglarse, desplazarse, etc.) y de inserción social de manera complementaria a su red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia). El objetivo es que el afiliado permanezca en su hogar evite la institucionalización el mayor tiempo posible, continúe inserto en su comunidad y conserve sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.
- **¿Dónde se inicia el trámite?** En la Delegación de IOMA correspondiente al domicilio del/la afiliado/a. De allí será elevado a Sede Central, Dirección de Programas Específicos, al Área Adultos Mayores si el/la afiliado/a tiene 60 años o más, o al Departamento Asistentes Sociales si tiene entre 18 y 59 años.
- **¿Dónde podría consultar por el estado del trámite?** Puede consultar online en: www.ioma.gba.gov.ar "TRÁMITES y EXPEDIENTES" o telefónicamente al (0221) 429-5980 Área Adultos Mayores si tiene 60 años o más, o al (0221) 429-5957 Depto. Asistentes Sociales si tiene entre 18 y 59 años, de lunes a viernes de 08:30 a 15:00 hs
- **¿Dónde se retira de la Orden de Prestación?** En la misma Delegación donde se inició el trámite.

A. DATOS DEL AFILIADO/A QUE SOLICITA LA PRESTACIÓN

Apellido: _____	Nombre: _____
DNI: _____	Nº de afiliado/a: _____
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____
Domicilio de la prestación: _____	Localidad: _____
Apellido y Nombre de un referente: _____	Vínculo: _____
Teléfono de contacto: () _____	Teléfono de contacto: () _____

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

Primera solicitud Renovación Cambio de prestador Ampliación horaria

C. ¿EL/LA AFILIADO/A TIENE ACTUALMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRESTACIONES APROBADAS POR IOMA?

Acompañante Terapéutico:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aprobado hasta:_____/____/____ Cantidad de horas por día: _____ horas
Hogar/Centro de Día:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aprobado hasta:_____/____/____ Cantidad de horas por día: _____ horas
Enfermería domiciliaria:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aprobado hasta:_____/____/____ Cantidad de horas por día: _____ horas

D. INFORMACIÓN DEL/LA AFILIADO/A , SU RED FAMILIAR Y VÍNCULOS (marque con una X).

Ha enviudado en los últimos 6 meses
 No posee familiares cercanos
 Vive sola

Vive con su esposo/a de más de 80 años
 Vive con familiares con limitaciones físicas o mentales

Por favor complete los datos de las personas más cercanas al afiliado/a, sean o no familiares.

	Nombre y apellido	Vínculo o parentesco	Edad	Ocupación	¿Convive?		Ciudad de residencia
					NO	SI	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Firma y aclaración del/la afiliado/a que recibirá la prestación
(no obligatoria)

Firma y aclaración de un familiar o responsable

Vínculo o Parentesco: _____ Fecha: _____