

FICHA DE SOLICITUD DE SERVICIO DE TRASLADO

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ N° de Afiliado: _____

DIAGNOSTICO DEL CUD: _____

2. DATOS DEL TITULAR/ RESPONSABLE Y/O TUTOR DEL AFILIADO

Apellido y nombre: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

3. SOLICITA TRASLADO PARA PRESTACION (Marcar con una cruz)

- | | |
|---|---|
| ☐ REHABILITACION | ☐ PRESTACION DE APOYO |
| ☐ ESTIMULACION TEMPRANA | ☐ SAIE |
| ☐ CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO | ☐ CENTRO DE DÍA |
| ☐ FORMACION/APREST. LABORAL | ☐ ESCOLARIDAD ESPECIAL |
| ☐ ESCOLARIDAD COMUN | |

4. DIAGRAMA DE TRASLADO (Especificar domicilio exacto, localidad)

Domicilio de partida: _____ Localidad: _____

Domicilio de llegada: _____ Localidad: _____

5. CRONOGRAMA DE TRASLADO (Especificar días y horarios de traslado)

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

En caso de solicitar *Dependencia* marque:

Dependencia (sujeito a ☐ evaluación): SI NO

.....
A completar por personal de la Obra Social

1. SERVICIO DE TRASLADO PROGRAMADO DESIGNADO

Prestador: _____ Razón Social: _____

Avisado Fecha: _____ Presenta documentación fecha: _____