IOSFA
Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad

F9

PRESUPUESTO DE RESIDENCIA/HOGAR/PEQUEÑO HOGAR (NO GERIÁTRICO)

Lugar de emisión | Fecha

Datos del beneficiario

Apellido y nombre

Tipo y N° Doc

Tel. | E-mail

Diagnóstico

Datos de la prestación

Modalidad Hogar ☐ Residencia ☐ Pequeño Hogar ☐

Período: *Permanente* ☐ *Lunes a Viernes* ☐

Tipo de jornada a realizar: Simple ☐ Doble ☐ Reducida ☐ Permanente ☐

Categoría: A ☐ B ☐ C ☐

Incluye dependencia: Si ☐ No ☐ | FIM Si ☐ (Adjuntar) No ☐

Incluye: CD ☐ CET ☐ Formacion laboral ☐

Monto mensual $

Datos del prestador

Apellido y nombre/Razón social | CUIT

Domicilio REAL donde se brinda la prestación: Calle

Localidad | Provincia

C.P. | Tel. | E-mail

He comprendido las condiciones y objetivos del tratamiento a practicar atento a la información cierta, clara y detallada brindada por la Institución/Profesional.
Declaro BAJO JURAMENTO: no tener vínculo de parentesco por consanguinidad, afinidad y/o unión convivencial con el prestador.

Notificación del beneficiario, responsable y/o figura de apoyo.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Vínculo con el beneficiario (si corresponde): _____

_____
Firma y sello del Prestador