

Planilla 2. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

A ser completada y firmada por el **afiliado, 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 dependientes de terceros, tanto Adultos Mayores como afiliados 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 afiliado. De allí será elevado a Sede Central, Dirección de Programas Específicos, al Área Adultos Mayores si el afiliado 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 QUE SOLICITA LA PRESTACIÓN

Apellido: _____	Nombre: _____
DNI: _____	Nº de afiliado: _____
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 UNAX DONDE CORRESPONDA)

Primera solicitud Renovación Cambio de prestador Ampliación horaria

C. ¿EL AFILIADO 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 visitas por día: _____

D. INFORMACIÓN DEL AFILIADO, SU RED FAMILIAR Y VÍNCULOS (Marque con una X)

Ha enviudado en los últimos 6 meses
 No posee familiares cercanos
 Vive solo/a
 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, 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 afiliado que recibirá la prestación
(no obligatoria)

 Firma y aclaración de un familiar o responsable

Vínculo o Parentesco: _____

Fecha: _____