

## Planilla 5. AUDITORÍA CENTRAL / Cuidadores Domiciliarios Autorizados

*A ser completada y firmada por el auditor del Área Adultos Mayores o Dpto. Asistentes Sociales del IOMA*

**APELLIDO y Nombre del afiliado:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Género:** F  M   
**Nº de afiliado:** \_\_\_\_\_ **Nº de Trámite:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_

**Tipo de trámite:** Primera solicitud  Renovación  Cambio de prestador  Ampliación horaria

Apellido:		Nombre:		CUIT:		
Teléfono de contacto:						
Fecha de inicio de cobertura:			Duración de la cobertura: meses			
Horas por día	..... hs	Días semana		Horas por mes	..... hs	
Monto Mensual	\$		Monto Total	\$		
Horario declarado a brindar la prestación			Desde	hs.	Hasta	hs.
			Desde	hs.	Hasta	hs.
<b>Observaciones del Auditor:</b>						

Apellido:		Nombre:		CUIT:		
Teléfono de contacto:						
Fecha de inicio de cobertura:			Duración de la cobertura: meses			
Horas por día	..... hs	Días semana		Horas por mes	..... hs	
Monto Mensual	\$		Monto Total	\$		
Horario declarado a brindar la prestación			Desde	hs.	Hasta	hs.
			Desde	hs.	Hasta	hs.
<b>Observaciones del Auditor:</b>						

**Monto total de la prestación:** \_\_\_\_\_ **Fecha de auditoría:** \_\_\_\_\_

Firma y sello del auditor