

Planilla 3. AUDITORÍA REGIONAL

A ser completada y firmada por el profesional auditor de la Dirección Regional

APELLIDO Y NOMBRE del afiliado: _____

Nº de afiliado: _____ **Nº de trámite** _____

Tildar según corresponda/

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ESTAR EN EL TRÁMITE	ADJUNTADO	NO CORRESPONDE
Fotocopia de DNI del titular y del familiar para el cual se solicita el servicio. <i>En caso de corresponder se adjuntará la documentación que pruebe el vínculo (curatela, poder).</i>		
Fotocopia de la credencial de IOMA del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.		
Fotocopia del último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios.		
En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad, copia del mismo.		
Si posee Credencial de Discapacidad otorgada por IOMA, ésta reemplaza la documentación básica (DNI, Credencial de IOMA, último recibo de sueldo o de pago de cuota afiliatoria) y al Certificado Único de Discapacidad. Sólo se deberá anexar la Verificación Afiliatoria.		
Planilla 1. Indicación de Enfermería Domiciliaria. Disponible on line en www.ioma.gba.gov.ar		
Planilla 2. Solicitud de Enfermería Domiciliaria. Disponible on line en www.ioma.gba.gov.ar		
Fotocopia de título de formación del enfermero propuesto.		
Constancia de opción de AFIP del enfermero propuesto.		
Fotocopia de Matrícula del enfermero propuesto.		

No se incluirá en la solicitud de cobertura ningún presupuesto. La valorización de las prestaciones contenidas en el Anexo II de la presente Norma constituye para este IOMA el 100 % de su cobertura.

INFORME TÉCNICO Y EVOLUCIÓN A CARGO DEL AUDITOR REGIONAL:

Firma y sello del auditor regional

Fecha / / .