



## • Datos de la madre o padre de la persona con discapacidad, el que no es titular del subsidio

Apellido  Nombre

Nacionalidad  D.N.I. N°  Fecha de Nacimiento

Domicilio Calle  N°  Piso  Depto.

C.P.  Barrio  Localidad  Provincia

Teléfono  Email

## • Datos Laborales

Lugar/es y función/es de trabajo: .....

..... Retribución Mensual (en c/u): .....

Total (incluyendo UTN): ..... Mutual, Obra Social o prepaga que lo cubre: .....

Observaciones: .....

.....

## • Atención Médica

		Institución o profesionales que la brindan
1. Asistencia médica especializada en rehabilitación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	.....
2. Estudios complementarios para un diagnóstico de rehabilitación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	.....
3. Control de evolución	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	.....
4. Atención ambulatoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	.....
5. Atención en internación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	.....

Porcentajes que abonan: la/s mutual/es  el afiliado

Gasto anual estimado: la/s mutual/es  el afiliado

Observaciones (aclare la frecuencia de los tratamientos): .....

.....

Que dependencia en la que trabaja el padre, la madre o el cónyuge de la persona con discapacidad reconoce el servicio (especifique si el reintegro, bono o subsidio) .....

.....

## • Tratamientos complementarios al tratamiento médico

	Público	Privado	Institución o profesionales que la brindan
1. Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Kinesiológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Fonoaudiológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Psicopedagógico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5. Atención en internación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Otros (aclare) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Consignar todo lo que considere de interés: .....

.....

## • Atención Educativa

Establecimiento escolar al que concurre actualmente: .....

Educación	Estimulación temprana		
	Inicial - Jardín de Infantes		
	Primaria - E.G.B.		
	Polimodal		
	Secundaria		
	Terciaria		
	Universitaria		
	Especializada		
Formación Laboral			

Otros (cuales): .....

Gastos por atención educativa a cargo de .....

Observaciones: Mencione cual es la mutual que se hace cargo de los gastos y porcentaje de c/ una (incluida DASUTeN)

.....

## • Otros gastos derivados de la discapacidad

Consignar por ej. Transporte especial, acompañantes terapéuticos, material especial para talleres, actividades de socialización o de estimulación, etc: .....

.....

.....

## • Ayuda económica que recibe el padre, la madre o el cónyuge de la persona con discapacidad

Subsidios por discapacidad u otros (incluir los de DASUTeN)

Institución o mutual que lo brinda	Monto (1)		Quien lo recibe (2)	Observaciones (3)
	Mensual	Anual		

Reintegros (incluir los de DASUTeN)

Institución o mutual que lo brinda	Monto (1)		Quien lo recibe (2)	Observaciones (3)
	Mensual	Anual		

(1) Si es por única vez colocar el importe solamente en anual, aclarando en observaciones.

(2) Aclarar si es el padre, madre o cónyuge de la persona con discapacidad.

(3) Especificar si es subsidio por discapacidad o ayuda económica.

Observaciones: .....

.....

.....

## • Toda otra ayuda que recibe para la atención de la discapacidad

Aclare quién la brinda y el período que abarca: .....

.....  
.....  
.....

## • Información adicional

¿Conoce alguna institución pública o privada que pueda atender el caso de la discapacidad de la presente solicitud a la que aún no haya concurrido por limitaciones económicas? (Aclare si es médica, educacional, terapéutica):.....

.....  
.....

**No se aceptarán planillas incompletas, y sin firma. Tache lo que no corresponda. Si no le alcanza el presente formulario use hoja aparte.**

**De constarse falta de veracidad en los datos de la declaración jurada ésta será causa suficiente para la anulación del subsidio.**

Si le surge alguna duda al completarlo, no dude en consultar en el Consejo Regional de la dependencia en la cual trabaja o en la sede central de DASUTeN, Sarmiento 440, 4to piso Capital Federal - Tel/Fax: 011-5371-5754 / 5755 / 5756 /5758 / 5759 / 5760.

Adjunte las facturas originales de los pagos por escolaridad y tratamientos complementarios, consignados en la presente declaración jurada (no médicos, ni de medicamentos nombrados). Si son fotocopias aclare cual es la mutual/es a la cual/es los envía, y cuanto recibe de cada una (certificada por dicha mutual).

.....  
Firma del Titular

Por la presente dejo expresa constancia de haber recibido las normas para otorgar o renovar el subsidio, comprometiendome a cumplirlas.

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma del Titular