



“El Río Atuel también es Pampeano”

PLANILLA 1

COMPLETADA POR LA FAMILIA

PRIMERA SOLICITUD: SI **RENOVACION:** SI (marque con círculo la opción que corresponda)

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:.....

D.N.I.:.....

N° AFILIADO:.....

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... **EDAD:**.....

DATOS DE LA VIVIENDA

DOMICILIO:..... **LOCALIDAD:**.....

UBICACIÓN (zona/barrio):.....**TE**.....

TIPO DE CONSTRUCCION: **CASA:** **DPTO.:** **OTRO ESPECIFICAR:**.....

CANTIDAD DE DORMITORIOS:.....

APELLIDO Y NOMBRE DE UN REFERENTE:.....

TELEFONO DE CONTACTO: (.....).....

GRUPO FAMILIAR: DETALLE PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL AFILIADO Y SUS ACTIVIDADES

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	HORARIO

PERSONA QUE CUIDA ACTUALMENTE AL AFILIADO, HORARIOS Y TAREAS QUE REALIZA:
TIENE CONTACTO CON OTROS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS, DESCRIBA:
INDIQUE PRESTACIONES QUE TIENE OTORGADAS POR SEMPRES:
SI TIENE OTRA OBRA SOCIAL: INDIQUE CUAL Y PRESTACIONES OTORGADAS POR LA MISMA:
OTROS DATOS DE INTERES:

OBLIGACIONES DE LA RED PRIMARIA DE APOYO

Se entiende por red primaria de apoyo al grupo familiar y/o de pertenencia del afiliado, el cual es responsable de la solicitud de la compensación parcial por gastos y quien debe garantizar el entorno y las condiciones aptas en el domicilio para el trabajo del Asistente Domiciliario.

1. La red primaria de apoyo deberá proveer los insumos necesarios para la higiene, seguridad y cuidados del afiliado.
2. En caso de que el afiliado y/o su red primaria de apoyo decidan dejar de recibir el servicio que brinda el efector antes de finalizar el plazo de cobertura autorizado, deberán comunicarle su decisión a la obra social.
3. En el caso de cambio de Asistente Domiciliario se debe informar a la obra social y presentar la documentación del mismo para ser autorizado.
4. Estará a cargo del afiliado, y/o su red primaria de apoyo la selección, búsqueda, entrevista y elección del Asistente Domiciliario, que quedará sujeto a la aprobación por parte de la obra social.
5. El afiliado y/o la red primaria de apoyo consensuará con el asistente domiciliario el esquema de las actividades a desarrollar en su estadía y su rol en ellas (Plan de trabajo) prescriptas por el profesional de la salud tratante.
6. El afiliado y/o la red primaria de apoyo debe controlar las planillas de registro diario de actividades realizadas por el asistente domiciliario y avalar con su firma las misma.
7. La red primaria de apoyo será la responsable de gestionar la compensación parcial por gastos por el acompañante domiciliario frente a la obra social.

MARCO JURIDICO

El SEMPRE no posee convenio con Asistentes Domiciliarios ni entidades que los nucleen, quedando desafectado de todo tipo de responsabilidad (civil, penal, etc.) que pueda originar el servicio que brindará un tercero totalmente ajeno al instituto y elegido por el afiliado.

Si bien el SEMPRE puede facilitar un listado de personas que se encuentran capacitadas para dichas tareas, no existe entre este Asistente Domiciliario o cualquier otro y el Instituto una relación de subordinación o dependencia alguna.

El cumplimiento de las obligaciones y de los requisitos de índole administrativo (como la entrega de planillas de asistencia, resumen mensual, etc.) no configuran una relación de subordinación o dependencia laboral.

Estará a cargo del afiliado, y/o su red primaria de apoyo la selección, búsqueda, entrevista y elección del Asistente Domiciliario.

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD

La misma debe ser tramitada por del afiliado y/o su red primaria de apoyo y deberá contener la siguiente documentación:

- a) Fotocopia de DNI del titular y del afiliado para el cual se solicita el servicio.
- b) Fotocopia de DNI del familiar o responsable de la red primaria de apoyo del afiliado
- c) En caso de poseer Certificado Único de Discapacidad copia del mismo.
- d) Declaración jurada de ingresos respaldada con los comprobantes correspondientes (recibo de sueldo, declaración jurada de ingresos brutos) del afiliado y convivientes
- e) Adjuntar la documentación requerida al asistente domiciliario (ver planilla N 2)

.....

FIRMA Y ACLARACION DEL AFILIADO/BENEFICIARIO

.....

FIRMA Y ACLARACION FAMILIAR/RESPONSABLE

.....

VINCULO/PARENTESCO

FECHA:...../...../.....