



*“El Río Atuel también es Pampeano”*

**ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

**PLANILLA 4**

**PLANILLAS: ALTA/BAJA DE ASISTENTE TERAPÉUTICO**

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA ASISTENCIA:.....

**BAJA DE ASISTENTE TERAPÉUTICO** APELLIDO Y NOMBRE.....

Fecha de baja:...../...../.....

Motivo de la baja:.....

.....

.....

Firma y aclaración del cuidador

Firma y aclaración del afiliado/familiar

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA ASISTENCIA:.....

**ALTA DE ASISTENTE TERAPÉUTICO**

APELLIDO Y NOMBRE :.....

Fecha de alta:...../...../.....

Motivo del cambio:.....

.....

.....

Firma y aclaración del cuidador

Firma y aclaración del afiliado/familiar

**REQUISITOS A CUMPLIR POR EL ASISTENTE DOMICILIARIO Y DOCUMENTACION A PRESENTAR**

- 1- Respecto del Acompañante Terapéutico: Ser egresado como Acompañante Terapéutico, o título equivalente, de Universidades Nacionales públicas o privadas legalmente habilitadas.
  - 2- Ser egresado como Acompañante Terapéutico o título equivalente de Institutos terciarios o de extensión universitaria en la materia, autorizados por el Ministerio de Educación de la Provincia de La Pampa
  - 3- Podrán desempeñarse como Acompañante Terapéutico, licenciados en psicología, y terapeutas ocupacionales, psicomotricistas, con matrícula en la provincia de La Pampa, estudiantes avanzados de psicología, que acrediten formación como Acompañante Terapéutico
  - 4- Deberá estar debidamente acreditado por el 155-SEMPRE.
  - 5- La Obra Social se reserva el derecho de evaluación de los títulos y certificados presentados.
- Datos del prestador que realizará el acompañamiento terapéutico: fotocopia de DNI, CV, certificado de antecedentes, certificado psicofísico.
  - En ningún caso, el AT propuesto puede poseer vínculo consanguíneo o relación vincular significativa con la persona asistida.
  - Datos de la red familiar primaria de apoyo, o de adulto responsable a cargo del afiliado beneficiario.