

Subsidios por discapacidad 2008. Instructivo beneficiarios.



1. OBJETIVO.....	3
2. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA DE SUBSIDIO POR DISCAPACIDAD	4
3. ANEXOS.....	17



1. OBJETIVO

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para realizar el **alta** de un subsidio por discapacidad.

2. PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA DE SUBSIDIO POR DISCAPACIDAD

A los efectos agilizar la gestión, solicitamos realizar la presentación de la solicitud dentro de los 40 días anteriores al inicio de la prestación, identificando en la carátula del expediente con el mes de inicio de la misma (si en el mismo expediente se solicitan varias prestaciones, deberá identificarse con el mes de la que se inicie primero)

Por ejemplo:

Kinesiología 01/01/08 al 31/12/08

EGB 01/03/08 al 31/12/08

Matricula EGB 01/02/08 al 28/02/08

<hr/> Caratula del Expediente <hr/>
Nº de Expte
Tipo de Tramite
<hr/>
Observaciones: ENERO

2.1 LINEAMIENTOS GENERALES.

- Toda la documentación requerida para solicitar el alta de un subsidio por discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones del ente oficial.
- Los subsidios por discapacidad **caducarán cada 31 de diciembre del año** en que fueron solicitados, debiéndose presentar nuevamente toda la documentación para su renovación a partir del nuevo año.

IMPORTANTE

TODAS LAS AUTORIZACIONES (AD) SERAN REMITIDAS A LA DELEGACIÓN CABECERA DONDE SE HAYA INICIADO EL TRAMITE, INDEPENDIEMENTE DEL LUGAR DE PAGO

2.2 DETALLE DE DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR.

2.2.1 Fotocopia de recibo de haberes certificado por la persona responsable de la Delegación.

En el recibo debe constar el CUIT de la empresa y el CUIL del beneficiario.

El recibo de sueldo debe corresponder a una de las dos últimas liquidaciones respecto de la fecha de presentación del trámite. *(Ejemplo: si el trámite se presenta en el mes de Marzo del 2007, los recibos de sueldo deben corresponder a los meses de Enero o Febrero del mismo año).*

Por razones relacionadas con exigencias de la A.P.E en algunos casos el Area de Discapacidad puede verse obligada a solicitar a la Delegación el envío de un nuevo recibo con fecha más reciente al inicio de las prestaciones.

Nota:

- Beneficiarios ADHERENTES deben presentar fotocopia de los tres últimos recibos de pago.
- Beneficiarios MONOTRIBUTISTAS deben presentar fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos seis meses.

2.2.2 Nota manuscrita de solicitud de subsidio del beneficiario titular.

La nota debe ser manuscrita, en original y contener los siguientes datos:

- Fecha (La misma deberá ser anterior al inicio del periodo solicitado para el subsidio).
- Período solicitado de la prestación (meses del año para los cuales se solicita la o las prestaciones). Ejemplo: De Febrero a Diciembre del 2007.
- Domicilio particular, código postal, teléfono particular, celular y/o laboral del beneficiario, actualizados a efectos de facilitar la comunicación.
- Firma del beneficiario titular con aclaración y DNI al pie de la misma.
- Modalidad: Ejemplo: EGB, Atención Ambulatoria, CET, Centro de día, etc.
- En caso de solicitar transporte especial para la asistencia a tratamientos, por favor, consignar en la nota los días en que el traslado se realiza por ese medio y si algún día se utiliza algún medio de transporte alternativo (Por ejemplo: los martes el viaje se realiza en el auto particular de un familiar).

2.2.3 Fotocopia de D.N.I.

Se deberá adjuntar fotocopia de las dos primeras hojas del DNI/LE/LC/CI/PAS, según corresponda del beneficiario titular y del causante.

Verificar que el beneficiario causante esté empadronado con el código "05" (hijo incapacitado).

2.2.4 Formularios.

El beneficiario titular deberá completar los siguientes formularios en original:

- Formulario 102240: ENCUESTA SOCIAL
- Formulario 103130: SOLICITUD DE SUBSIDIO POR DISCAPACIDAD: firmado al dorso por el beneficiario titular y certificado por la persona responsable de la Delegación.

Estos formularios pueden imprimirse accediendo al sitio www.osecac.org.ar

2.2.5 Fotocopia del certificado de discapacidad.

Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 –Ley 22.431/87).

En el mismo debe constar:

- Acreditación de la Secretaría o Ministerio de Salud Nacional o Provincial que lo emite.
- Lugar y fecha de emisión.
- Nombre y apellido completo del causante discapacitado.
- Documento Nacional de Identidad.
- Fecha de Nacimiento.
- Diagnóstico.
- Tipo de Discapacidad: permanente o transitoria.
- En el caso de discapacidad transitoria debe consignarse fecha de vencimiento.
- En el caso de discapacidad permanente se considera válido por 10 años a partir de la fecha de emisión.
- Debe estar firmado por dos miembros de la "Junta de Evaluación Oficial", correspondiendo una de dichas firmas a un profesional médico. Las firmas y sellos deben ser legibles.
- Debe tener el sello oficial del Ministerio o Secretaria de Salud Provincial o Nacional.

IMPORTANTE

- En los casos de renovación de Certificado de Discapacidad se deberá enviar, tanto el certificado vigente, como el vencido.
- De tener el Certificado vencido y contar con turno para la renovación, enviar fotocopia del mismo. El turno para obtener Certificado de Discapacidad sólo será aceptado de contar previamente con dicho documento.
- LAS AUTORIZACIONES SERAN EMITIDAS HASTA EL DIA DE VENCIMIENTO DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, PUDIENDO PRORROGARSE HASTA LA FECHA DEL TURNO SOLO EN LOS CASOS EN QUE EL CERTIFICADO VENCIDO HUBIERA SIDO OTORGADO CON CARÁCTER PERMANENTE.
- En caso de que aún el beneficiario no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, **NO** podrá presentar trámite solicitando Subsidio/s por Discapacidad.

2.2.6 Resumen de historia clínica

El mismo debe ser **original**.

- Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario causante y actualizado. A su vez, deberá estar completa y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto.
- Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación
- La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.

2.2.7 Prescripción médica.

Datos y características:

- Debe ser original.
- Fecha de emisión: **anterior** al período solicitado para la prestación.
- Diagnóstico/s
- Período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). (*Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2007.*)
- Firma y sello legibles del profesional tratante.
- Si se solicitan prestaciones ambulatorias por sesión, indicar **especialidad** y **cantidad de sesiones** requeridas para cada una de ellas.

- Si se solicita concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el **tipo de jornada (simple o doble)**.
- En caso de solicitar **dependencia**, deberá estar aclarado y fundamentado en la prescripción.

IMPORTANTE

- La prescripción del tratamiento **NO** puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- La fecha de emisión de la prescripción no podrá ser posterior al período solicitado en la misma.
- Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

2.2.7.1 Internación

En caso de solicitar INTERNACIÓN, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada.

El profesional debe indicar claramente los motivos que hacen imposible la permanencia del beneficiario en su hogar. Dicho requisito es **excluyente**.

- En caso que el beneficiario causante tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su hogar.
- El médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar.
- Finalmente, será necesario que la Institución presente un informe socio - ambiental, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar. El mismo estará sujeto a consideración por parte de esta Obra Social.

2.2.8. Prestadores - Constancia de inscripción

Los prestadores que brindan atención a los beneficiarios de la Obra Social deberán estar **inscritos en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (Art. 29 – Ley 23.660).**

Se deberá presentar **Constancia de Inscripción con el texto completo de la Superintendencia de Servicio de Salud y el dictamen de categorización** del Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del **Servicio Nacional de Rehabilitación.**

Los prestadores cuya inscripción en el Registro Nacional de Prestadores se encuentre prorrogado automáticamente (Res. 457/07 S.S.Salud), deberán presentar constancia de la vigencia de la inscripción por ante el Servicio Nacional Rehabilitación y el comprobante de reinscripción (Mesa de Entradas) del Registro Nacional de Prestadores de la S. S. Salud, de acuerdo al art 5º de la mencionada resolución

Los **profesionales** que realizan tratamientos individuales de rehabilitación (**kinesiólogos, fonoaudiólogos y psicólogos**) deberán enviar también fotocopia del Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores del Ministerio de Salud.

El resto de los profesionales deberán presentar el **título habilitante** que acredite su profesión (psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas, musicoterapeutas, maestras de educación especial, profesores de disminuidos auditivos, profesores de disminuidos visuales, etc.)

IMPORTANTE

- La constancia del Registro Nacional de Prestadores **debe** corresponder al prestador (profesional y/o institución) que **presupuesta y factura.**
- Sólo se autorizarán las prestaciones para las cuales los prestadores, de acuerdo a su incumbencia profesional, se encuentren debidamente categorizados o acreditados en relación a la normativa vigente. En el caso de tratarse de Centros y/o Instituciones deberá tenerse en cuenta el mismo requisito.

2.2.9. Apoyo a la Integración Escolar.

La cobertura de la prestación de Apoyo a la Integración Escolar será brindada por equipos interdisciplinarios especialmente capacitados para tal fin.

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar:

- CET con Integración Escolar (Res 17/06 – CONADIS)
- Educación Inicial y EGB

En caso de que una Institución no cuente con habilitación para realizar dicha modalidad prestacional, **deberá presupuestar y facturar a su nombre el profesional a cargo de la integración**, con sus correspondientes datos y título habilitante y sin membretes institucionales.

2.2.10 Proyecto de trabajo.

Cada especialidad o modalidad prestacional solicitada debe contar con su proyecto de trabajo con objetivos personalizados en original. Es decir, detallar objetivos específicos para el causante, de acuerdo al plan de tratamiento. Recordamos que la fecha de emisión debe ser anterior al período prestacional solicitado.

Por ejemplo, si se solicita concurrencia a Hogar con Centro de Día: se deberá enviar proyecto de trabajo por ambas modalidades.

En particular, cuando se solicite el módulo “**Apoyo a la Integración Escolar**” se deberá enviar **cronograma semanal** de asistencia de los profesionales intervinientes, como así también, el proyecto en general con sus objetivos y **adaptaciones curriculares**.

2.2.11 Solicitud de subsidio de transporte.

El pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros con un acompañante, ya sea por dificultades motoras y/o conductuales.

Es necesario presentar la planilla de solicitud de subsidio por transporte que se adjunta conformada por el médico tratante (**Ver Anexo 2**) y copia de comprobante del último pago del seguro del transportista.

2.2.12 Constancia de alumno regular.

Debe Presentarse:

- ✓ Cuando se solicita el módulo de **apoyo a la integración escolar**. En este caso es requisito indispensable presentar la constancia de matriculación, en un primer momento y una vez comenzado el ciclo lectivo, la constancia de alumno regular de la **ESCUELA DE EDUCACIÓN COMÚN**.
- ✓ En todos los casos en los que el causante concurra a algún tipo de institución (Escuela Común, Escuela Especial, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico o cualquier otra variante educativa o asistencial).
- ✓ Cuando se solicite el servicio de transporte especial deberá adjuntar constancia de dicha concurrencia o constancia de alumno regular de la institución a la cual concurre con dicha prestación.
- ✓ Cuando se solicitan tratamientos individuales ambulatorios (kinesiología, fonoaudiología, etc).

Si el causante recibe o tramita subsidio de discapacidad por una prestación mayor (Por ej.: Escuela Especial, Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico) **no es necesario solicitar el certificado de escolaridad**.

En el supuesto caso de que el causante discapacitado no concurra a ningún establecimiento de éste tipo, se solicita que se informe por escrito, mediante nota del beneficiario titular.

2.2.13 Presupuestos

Todos los presupuestos deben presentarse en original con firma y sello del profesional o institución.

2.2.13.1 Presupuestos de la institución y/o profesionales tratantes

El presupuesto debe contener los siguientes datos:

- Fecha de emisión (anterior al inicio de periodo prescripto)
- Número de CUIT
- Número de Ingresos Brutos.
- Condición frente al IVA
- Orden a la que deben ser emitidos los pagos.
- Lugar de pago (Casa Central o Delegación de Cabecera)

- Período de atención (meses de concurrencia). Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2007.
- Firma y sello de la persona responsable de la institución prestadora y/o de los profesionales tratantes.
- Domicilio y teléfono de la institución y/o profesional/es tratante/s. E-mail
- Cronograma de atención: Marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

IMPORTANTE

- En los casos en los que se solicitan tratamientos ambulatorios, debe especificarse la **cantidad de sesiones** de cada una de las prestaciones, así como los profesionales intervinientes en los mismos.
- En los casos de concurrencia a instituciones, se debe indicar el **tipo de jornada** que realizará el causante (simple o doble), debiendo especificarse si se incluye almuerzo y / o colación diaria en los casos de jornada doble. El criterio a considerar para la modalidad prestacional requerida deberá estar basado en lo indicado por el profesional en la prescripción médica.
- Solicitud de dependencia: en el caso de solicitar dicho adicional, el mismo debe quedar consignado claramente en el presupuesto y debidamente fundamentado por el médico tratante.
- Cuando se trate de Apoyo a la Integración Escolar, debe constar la **cantidad de horas** que se brindará dicha prestación.
- Ver modelo de presupuesto en [Anexo 1](#)

2.2.13.2 Presupuesto de transporte.

El presupuesto debe contener los siguientes datos:

- Nombre de la empresa o del transportista.
- Fecha de emisión (anterior al inicio del período prescripto).
- Domicilio y teléfono.
- Período de atención: meses de concurrencia. Ejemplo: de Febrero a Diciembre del 2007.
- Orden a la que deben ser emitidos los cheques.
- Número de CUIT.

- Número de Ingresos Brutos.
- Condición frente al IVA.
- Lugar de pago (Casa Central o Delegación Cabecera)
- Compañía aseguradora:
- N° Poliza
- Distancia diaria en km.
- Distancia mensual en km.
- Importe propuesto por km.
- Importe total mensual
- Lugar de partida y destino con los domicilios exactos.
- Cronograma de traslados: Marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

IMPORTANTE

Resulta requisito indispensable la conformación por parte del médico tratante en original de la planilla que se adjunta.

2.2.13.3 Presupuesto por AJUSTE

Las solicitudes de ajuste deben presentarse por escrito, adjuntando un nuevo presupuesto en original. Dado que cada solicitud formará parte del expediente de cada beneficiario, los mismos deberán presentarse en forma individual.

2.2.14 Constancia de recepción de documentación de subsidio.

Se confeccionará en dos ejemplares que deberán ser suscriptos por el beneficiario titular y por el personal de la O.S.E.C.A.C., quedando una copia en poder de cada uno.

2.3 CONTINUIDAD, CAMBIO, AMPLIACIÓN DE COBERTURA O PRESTADOR.

2.3.1 Terapia/ as ambulatoria/ as.

En los casos que se solicite el cambio de prestador que realiza una terapia ambulatoria en forma individual de un subsidio por discapacidad ya otorgado, se deberá remitir:

- Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio.
- Motivo y fecha de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fotocopia del Recibo de haberes actualizado.
- Prescripción médica indicando nuevo tratamiento
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- Nuevo presupuesto.
- Proyecto de trabajo/ Plan con objetivos de tratamiento
- Título habilitante o inscripción en el Registro Nacional de Prestadores según corresponda.
- Firma, aclaración y número de documento del titular.

2.3.2 Transporte.

En los casos que se solicite el cambio de transportista de un subsidio por discapacidad ya otorgado, se deberá remitir:

- Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio.
- Motivo y fecha de baja del transporte.
- Fotocopia del Recibo de haberes actualizado.
- Fecha de inicio del nuevo traslado solicitado.
- Nuevo presupuesto
- Firma, aclaración y número de documento del titular

2.3.3 Institución.

En los casos que se solicite el cambio de Institución, como asimismo, en aquellos casos en que se solicita cambio de modalidad educativa o asistencial de un subsidio de discapacidad ya otorgado, se deberá remitir:

- Prescripción médica indicando el cambio. La misma será necesaria únicamente si se solicita cambio de modalidad prestacional.
- Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio.

- Motivo y fecha de baja de la institución o de la modalidad anterior.
- Fotocopia del Recibo de haberes actualizado.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- Nuevo presupuesto.
- Nuevo proyecto de trabajo.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.
- Firma, aclaración y número de documento del titular.

2.4 CAMBIOS A NIVEL BENEFICIARIO.

2.4.1 Cambio de relación laboral.

- Fotocopia del último recibo de haberes del empleo anterior.
- Fotocopia del último recibo de haberes del nuevo empleo.
- Nuevo formulario n ° 103130: SOLICITUD DE SUBSIDIO POR DISCAPACIDAD.

2.4.2 Cambio de beneficiario titular.

- Fotocopia del último recibo de haberes
- Nuevo formulario n ° 103130: SOLICITUD DE SUBSIDIO POR DISCAPACIDAD.

2.4.3 Despido laboral de beneficiario titular.

- Telegrama y/o liquidación final de haberes.
- Fotocopia de las credenciales de la O.S.E.C.A.C. del beneficiario titular y beneficiario causante con la extensión de cobertura correspondiente.

2.4.4 Casos de fallecimiento del beneficiario causante.

- Certificado de defunción.
- Nota del beneficiario titular informando la fecha de finalización del tratamiento.

2.4.5 Abandono del tratamiento.

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida.

2.4.6 No concurrencia del beneficiario.

- Nota manuscrita realizada por el titular de la Obra Social, especificando los motivos de la no concurrencia.

2.5 REQUISITOS PARA EL BENEFICIARIO JUBILADO.

Si el solicitante es un jubilado en trámite debe presentar:

- Fotocopia del comprobante actualizado de la ANSES donde se detalle el estado del trámite.
- Fotocopia de la credencial de O.S.E.C.A.C. del beneficiario titular y del beneficiario causante con la extensión de cobertura correspondiente.
- Recibo de haberes actualizado.

2.6 RECLAMO DE DOCUMENTACIÓN FALTANTE.

En caso de no cumplimentar con la totalidad de la documentación necesaria para el alta del subsidio se procederá al reclamo de los faltantes. Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación escrita desde el Sector de Discapacidad a fin de darle curso correspondiente al expediente.

El mismo será remitido por correo interno a la Delegación, al/ los prestador/ es y al beneficiario titular.

A los efectos de cumplimentar dicho requerimiento, la documentación deberá presentarse en la Delegación de Cabecera.

2.7 DISTRIBUCIÓN DE AUTORIZACIONES Y NOTAS.

Una vez recibidos los expedientes auditados por el Sector Discapacidad, el personal administrativo procederá a:

Generar una Nota informando la aprobación o denegatoria del subsidio al beneficiario y al prestador, la cual será remitida por correo interno al domicilio de ambos.

3.ANEXOS

3.1 Anexo 1: Modelo de presupuesto

Presupuesto Instituciones

Fecha de Emisión:

Beneficiario Causante:

DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Categoría:

Período:

Tipo de jornada a realizar:

Monto mensual:

Observaciones:

Prestador:

Domicilio:

Teléfono:

Orden de emisión de cheque:

Lugar de Pago:

CUIT:

Condición frente al IVA:

Ing. Brutos:

Firma

Aclaración

Presupuesto tratamientos

Fecha de Emisión:

Beneficiario Causante:

DNI:

Prestación/Especialidad:

Período:

Cantidad de sesiones:

Monto mensual:

Observaciones:

Prestador:

Domicilio:

Teléfono:

Orden de emisión de cheque:

Lugar de Pago:

CUIT:

Condición frente al IVA:

Ing. Brutos:

Cronograma de asistencia: Marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Firma

Aclaración

Presupuesto transporte

Fecha de Emisión:

Beneficiario Causante:

DNI:

Prestación a brindar: Transporte Especial

Período:

Km. diarios:

Km. mensuales:

Monto por Km.:

Monto mensual:

Lugar de partida:

Lugar de Destino:

Cronograma de traslados: Marcar con una cruz los días que correspondan.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Prestador:

Domicilio:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°

Orden de emisión de cheque:

Lugar de Pago:

CUIT:

Condición frente al IVA:

Ing. Brutos:

Firma

Aclaración

3.2 Anexo 2: Planilla de solicitud de transporte.

NOMBRE Y APELLIDO DEL/ LA CAUSANTE:

D.N.I:

• **ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:**

	NOMBRE Y APELLIDO	ACTIVIDAD	TURNO/HORARIO
MADRE			
PADRE			

• **HERMANOS:**

NOMBRE	EDAD	ACTIVIDAD	TURNO/HORARIO

• **DIAGNÓSTICO:**

--

• **DSM IV –CIE X:**

--

• **DEFICIENCIA:**

--

- **JUSTIFICACIÓN MEDICA DE LA SOLICITUD DEL TRANSPORTE:**

MEDICO AUDITOR AGENTE DEL SEGURO:

FIRMA