

NOTA DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL/A AFILIADO/A

Resistencia,..... de.....de 2026.

Área de Discapacidad INSSSEP:

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. a efectos de solicitar autorización de cobertura prestacional al plan de trabajo individual para la siguiente prestación.....
.....Rehabilitacion Intensiva..... desde el mes
de a mes de.....diciembre..... del año 2026. para el/la
afiliado/a
en el Instituto/Centro (aclarar a cuál sede asistirá)
ReINTEGRA.....

DOCUMENTAL PRESENTADA:

- 1. ☐ Nota de solicitud de cobertura, dos copias por afiliado/a.
- 2. ☐ Fotocopia del Certificado de Discapacidad (CUD): y/o constancia de turno para su renovación según corresponda, extendido por Autoridad Nacional o Provincial de competencia.
- 3. ☐ Fotocopias DNI del/a afiliado/a titular de la OS y del beneficiario/a.
- 4. ☐ Fotocopia de último recibo de sueldo. (empleados municipales)
- 5. ☐ Encuesta Social.
- 6. ☐ Resumen de Historia Clínica Original con Pedido Médico Original
- 7. ☐ Consentimiento informado del afiliado/a

Firma del/a afiliado/a titular de la O.S.:
Aclaración:
Nº Afiliado/a:
Domicilio:
Localidad:
Teléfono de Contacto:
Correo electrónico:
Firma de afiliado/a beneficiario/a o tutor:
Aclaración:

OBSERVACION:.....
.....
.....

TOMO CONOCIMIENTO Y PRESTO CONFORMIDAD QUE LA FALTA DE LA DOCUMENTAL QUE AQUÍ SE
MENCIONA, IMPOSIBILITAN EL CORRECTO ANALISIS Y AUDITORIA. QUEDANDO DEBIDAMENTE
NOTIFICADO QUE LA AUTORIZACION DE LAS MISMAS, EN CASO DE CORRESPONDER, SERÁ A PARTIR
DE LA FECHA DE PRESENTACION DE LA DOCUMENTACIÓN FALTANTE.

FIRMA AFILIADO/A
ACLARACION
DNI
FECHA

FIRMA Y SELLO
AREA DE DISCAPACIDAD

ENCUESTA SOCIAL

Los datos de todos los integrantes del grupo familiar deben estar completos en la Encuesta Social

Apellido y Nombre del/a afiliado/a beneficiario/a	
DNI	
Fecha de nacimiento	
Estado civil	
Localidad	
Provincia	
Domicilio actual	
Apellido y nombre del responsable parental	
Teléfono de contacto del responsable parental	
Apellido y nombre del responsable parental	
Teléfono del contacto del responsable parental	
Correo/s electrónico/s de contacto	

Personas autorizadas para la firma de planilla de asistencia

Vínculo	Nombre y Apellido	DNI	Firma
Responsable parental 1			
Responsable parental 2			
Beneficiario/a			
Tutor/a			
Abuelos			
Otro			