

## Ficha de Solicitud de cobertura Cuidados Domiciliarios

### CONSTANCIA DE CONFORMIDAD:

Por la presente tomo conocimiento y he comprendido lo expresado en este documento en relación al alcance y condiciones de prestación del Programa de Cuidados Domiciliarios y presto mi conformidad y acepto los términos de éste, habiendo evacuado las dudas o aclaraciones pertinentes para que

Afiliado: \_\_\_\_\_

DNI.: \_\_\_\_\_ con domicilio real de asistencia, en calle: \_\_\_\_\_

Nro.: \_\_\_\_\_ de la localidad de: \_\_\_\_\_, sea admitido en el programa, y reciba la atención en domicilio a través de los equipos contratados a tal fin por parte del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS).

Familiar responsable a cargo: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto 1: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto 2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha, firma, aclaración y DNI

Responsable alternativo: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto 1: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto 2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha, firma, aclaración y DNI