

CONFORMIDAD PRÓRROGA DE PRESTACIÓN - PERIODO ASPO/DISPO 2021

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Yo _____ con documento Tipo (_____) N° _____ doy mi conformidad respecto a la continuidad de la/s prestación/es recibidas durante el año 2020, por el período del aislamiento social, preventivo y obligatorio o distanciamiento social preventivo y obligatorio del año 2021.

Dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados y, he comprendido las alternativas disponibles para la continuidad de la/s prestación/es detalladas a continuación:

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad (presencial/virtual): _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad (presencial/virtual): _____

Tipo de prestación: _____

Prestador: _____

Modalidad (presencial/virtual): _____

He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s prestación/es; o de revocar esta conformidad.

Firma_____
Aclaración

Domicilio: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de _____

Manifiesto ser el familiar responsable/figura de apoyo y autorizo/amos la/s prestación/es dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma_____
Aclaración_____
Documento

Parentesco: _____

Domicilio: _____