



Argentina **unida**



Agencia Nacional de Discapacidad

ANEXO IV

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

MOTIVO DE LA SOLICITUD

CATEGORIZACIÓN RECATEGORIZACIÓN (*) MODIFICACIÓN DE CUPO
 (*) EN CASO DE SOLICITAR RECATEGORIZACIÓN DEBERÁ INDICAR:

| | |
|-----------------------------|--|
| AUTORIDAD QUE LO CATEGORIZÓ | |
| FECHA DE CATEGORIZACIÓN | |
| PRESTACIÓN CATEGORIZADA | |
| CATEGORIA OTORGADA | |

RAZON SOCIAL

DOMICILIO LEGAL

| | |
|---------------|--|
| CALLE | |
| LOCALIDAD | |
| PROVINCIA | |
| CODIGO POSTAL | |

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO A CATEGORIZAR

DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN

| | |
|---------------|----------|
| CALLE | |
| LOCALIDAD | |
| PROVINCIA | |
| CODIGO POSTAL | TELEFONO |
| MAIL | |

REPRESENTANTE LEGAL:.....



Argentina **unida**



Agencia Nacional de Discapacidad

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

CONSULTORIO:GABINETE

CENTRO ESPECIALIZADO

INSTITUTO ESPECIALIZADO

OTROS

CLÍNICA

SANATORIO

HOSPITAL

ESPECIFICAR:.....
.....

NIVEL DE CATEGORIZACIÓN SOLICITADO

| SERVICIOS QUE BRINDA (*) | I NIVEL | II NIVEL | III NIVEL | ESTABLECIMIENTO EN AISLAMIENTO GEOGRAFICO |
|-----------------------------------|---------|----------|-----------|---|
| CONSULTA MÉDICA EN REHABILITACIÓN | | | | |
| TERAPIA FÍSICA | | | | |
| PSICOLOGIA | | | | |
| PSICOPEDAGOGIA | | | | |
| TERAPIA OCUPACIONAL | | | | |
| FONOAUDIOLOGIA | | | | |
| INTERNACIÓN PARA REHABILITACIÓN | | | | |
| HOSPITAL DE DÍA (FISIATRICA) | | | | |

(*) Agregar en los espacios en blanco los tipos de servicios que brinda que no se han incluido en la lista.

INDICAR SI HA TENIDO CATEGORIZACIÓN PREVIA (PRESTACIÓN Y CATEGORÍA):

.....