



ANEXO I
REQUISITOS Y CONDICIONES DE LA FIGURA DE CUIDADOR DOMICILIARIO

Cuidador domiciliario:

Se define como figura de Cuidador Domiciliario a “toda persona mayor de 21 años, que desempeñe tareas de apoyo sociosanitario de baja complejidad en domicilios particulares, a personas con diversas patologías biológicas, psicológicas, físicas y/o sociales, que no puedan realizarlas por si solas tareas de la vida cotidiana, indispensables para llevar una vida digna”.

Destinados a afiliados/as dependientes o semidependientes de terceros, siempre de manera complementaria a su red primaria de apoyo. La/el afiliado debe contar con esa red primaria de apoyo, eso es un grupo familiar y/o un grupo de pertenencia, con incapacidad parcial para la contención debiendo compartir un tiempo de la atención diaria con el Cuidador Domiciliario. En caso de no contar con ella, la prestación de Cuidador Domiciliario no podrá ser autorizada.

Entiéndase por personas en situación de dependencia - semidependencia:

- A. Las personas con discapacidad.
- B. Niños y adolescentes con discapacidad.

Que serán evaluados con Escala de FIM (Medida de Independencia Funcional), con línea de corte para la dependencia total de hasta 53 puntos y la semidependencia de hasta 71 puntos del citado instrumento, evaluación realizada por especialista (Terapia Ocupacional, Médico, Neurólogo), con la intervención de Servicio Social en el domicilio y la posterior evaluación de Auditoría Médica .

NO PODRÁ BRINDARSE ESTA PRESTACIÓN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- Quienes estén recibiendo atención domiciliaria integral (Internación domiciliaria), y coberturas variadas que en su conjunto excedan las 24 horas, por ej. Acompañante Terapéutico + Centro de Día + Cuidador Domiciliario.



ANEXO I
REQUISITOS Y CONDICIONES DE LA FIGURA DE CUIDADOR DOMICILIARIO

¿QUIÉNES PUEDEN BRINDAR EL SERVICIO?

Aquellos efectores de salud capacitados para ejercer como:

- Cuidador Domiciliario.
- Auxiliar gerontológico
- Auxiliares de Enfermería o carreras afines.
- Estudiantes avanzados en carrera de Psicología.

En todos los casos, los títulos/certificaciones deberán estar reconocidos por Organismos públicos (Nacionales, Provinciales y/o Municipales tales como Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE), Dirección Provincial de Gestión Privada (DIPREGEP) y Universidades Nacionales. *(Inciso incorporado por art. 1° de la Ley N° 26.480 B.O. 6/4/2009).*

REQUISITOS PARA SER CUIDADOR DOMICILIARIO:

- Presentación de título habilitante.
- Ser monotributista (constancia de opción del AFIP del Cuidador Domiciliario).
- Presentación del Documento nacional de identidad.
- Indicar uno o dos números de teléfono de contacto.
- Presentación de certificado de antecedentes penales del/a cuidador/a domiciliario/a. El certificado de antecedentes penales da cuenta de la inexistencia de antecedentes o procesos penales pendientes y, si bien no garantiza la prevención de posibles situaciones de abuso y/o malos tratos, la persona contratante podría pedirlo de considerarlo pertinente.

PARA SOLICITAR LA AUTORIZACION DE ESTA PRESTACION SE DEBERA PRESENTAR:

- Nota de solicitud de la prestación/servicio al Sr. Director/a de la Obra Social.
- Presentación del Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente.
- CBU del afiliado titular.
- Historia Clínica actualizada con la correspondiente prescripción médica.
- PLANILLAS (ANEXO II).

DOCUMENTACIÓN NECESARIA RENOVACIÓN DEL TRÁMITE

- Presentación del DNI de la persona afiliada.
- Presentación de Certificado Único Discapacidad vigente (emitido por organismo oficial).



ANEXO I

REQUISITOS Y CONDICIONES DE LA FIGURA DE CUIDADOR DOMICILIARIO

- Planilla N°5 (se encuentran en la Página de la obra social o retirarla de casa central).
- Libre deuda del cuidador anterior.

BAJA, CAMBIO, RENUNCIA DEL CUIDADOR O AMPLIACIÓN HORARIA

- Baja del Prestador: renuncia o no trabaja más.
- Baja de la prestación: no necesito más la prestación.
- Cambio de prestador: deseo cambiar de Cuidador.

Comuníquenos tales situaciones, mediante la presentación de la Planilla N°5 o bien mediante una nota en donde deberán consignar fechas y motivos y adjuntar una copia de la orden de prestación en cuestión.

- Ampliación horaria: si es el mismo cuidador, sólo adjunte un resumen de Historia Clínica donde justifique dicho requerimiento y la Planilla N°1 (solicitud).

DOCUMENTACION PARA LA FACTURACION DEL CUIDADOR DOMICILIARIO.

- Factura original firmada y su duplicado, una por mes a mes vencido.
- Planilla de asistencia diaria firmada.
- Constancia de opción de AFIP (cada vez que presente la documentación).
- CBU.
- Resolución de OSEP de autorización de la prestación.

PLANILLA N° 1: INDICACIÓN DE CUIDADOR DOMICILIARIO

A ser completada y firmada por un Terapeuta Ocupacional, Psicólogo Y Médico. La presente constituye una Declaración Jurada.

Apellido y nombre del Afiliado: _____

Carnet N°:

1- DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE

Apellido y nombre: _____

Especialidad: _____

MP/MEN°: Teléfono de contacto: _____

Horarios potenciales de contacto: _____

Email de contacto (No obligatorio): _____

2- CANTIDAD DE DIAS DE LA SEMANA SOLICITADOS

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

3- CANTIDAD DE HORAS SOLICITADAS

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

Sólo se evaluarán solicitudes de más de 12 hs. diarias y/o 6 días semanales en los siguientes casos: dependencia moderada a severa; demencia moderada a severa; enfermedad oncológica activa; cuidados paliativos no oncológicos; postración, alto riesgo social, cantidad de horas solicitadas..... Cantidad de días a la semana solicitados..... en estos casos.

4 - DESCRIBA BREVEMENTE EL MOTIVO DEL PEDIDO DEL CUIDADOR DOMICILIARIO.

Firma y sello de los profesional interviniente

5- ESTADO DE SALUD DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

	SI	NO	
¿El actual estado de salud del afiliado le impide salir de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/>
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Posee Certificado Único de Discapacidad? (CUD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Posee enfermedad Oncológica activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
¿Se encuentra bajo cuidados paliativos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Padece demencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estadio: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> Mini Mental
¿Tiene problemas conductuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene Enfermedad de Parkinson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está postrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Permanente <input type="checkbox"/> Transitoriamente <input type="checkbox"/>
¿Posee trastornos de la marcha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Permanente <input type="checkbox"/> Transitoriamente <input type="checkbox"/>
¿Cuántas caídas ha tenido en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Presenta parálisis o paresia, congénita o adquirida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV: _____ Fecha: _____ Accidente: _____ Fecha: _____ Secuela quirúrgica: _____ Fecha: _____
¿Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales a pesar de sus anteojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Visión bulto <input type="checkbox"/> Maculopatía <input type="checkbox"/> Visión luz
¿Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sordera <input type="checkbox"/> Usa Lengua de Señas <input type="checkbox"/>
¿Ha estado internado/a en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo: _____ Fecha: _____
¿Ha recibido cirugías en los últimos 60 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de cirugía: _____ Fecha: _____

Firma y sello de los profesional interviniente

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Apellido y nombre del beneficiario: _____

Documento N°:

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	1 Autocuidado Alimentación	
		2 Arreglo personal	
		3 Baño	
		4 Vestido hemicuerpo superior	
		5 Vestido hemicuerpo inferior	
		6 Aseo perineal	
		7 Control de esfínteres Control de vejiga	
		8 Control de intestino	
		9 Movilidad Traslado de la cama a silla o silla de	
		10 Traslado al baño	
		11 Traslado en bañera o ducha	
		12 Ambulación Caminar/desplazarse en silla de ruedas	
	13 Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo 35 puntos	14 Comunicación Comprensión	
		15 Expresión	
		16 Conocimiento social Interacción social	
		17 Solución de problemas	
		18 Memoria	
Total			

Firma y sello del profesional interviniente _____

PLANILLA N° 2 INFORMACIÓN PARA EL AFILIADO

A ser completada y firmada por el afiliado, familiar o responsable.

La presente constituye una Declaración Jurada **INFORMACIÓN GENERAL:**

¿A quiénes está destinada esta prestación?

Está destinada a afiliados en situación de dependencia o semidependencia que requieran en forma transitoria o permanentemente de un Cuidador Domiciliario que brinde asistencia y/o supervisión para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (comer, asearse, arreglarse, desplazarse, etc.) y de inserción social de manera complementaria a su red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia). El objetivo es que el afiliado permanezca en su hogar evitando la institucionalización el mayor tiempo posible, continúe inserto en su comunidad y conserve sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.

¿Dónde realiza las consultas del mismo e inició el trámite?

En Casa Central y/o delegaciones del Interior

¿Cómo se realizará el pago del Cuidador Domiciliario?

La remuneración será mediante presentación de la documentación requerida por expediente y por vía de reintegro.

A. DATOS DEL AFILIADO QUE SOLICITA LA PRESTACIÓN.

Apellido y nombre:	_____		
N° de Afiliado:	<input type="text"/>	Documento N°:	<input type="text"/>
Teléfono:	_____		
Fecha de nacimiento:	__/__/__	Domicilio de la prestación:	_____
Localidad:	_____		
Apellido y Nombre de un referente:	_____		
Vínculo:	_____		
Teléfono de contacto:	_____		

2. TIPO DE SOLICITUD (MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA)

Primera solicitud Renovación Cambio de prestador Ampliación horaria

3. ¿EL AFILIADO TIENE ACTUALMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRESTACIONES APROBADAS POR OSEP?

- Acompañante Terapéutico: Si No Aprobado hasta: __/__/__/ Cantidad de horas por día: ___ horas.
 - Hogar /Centro de Día: Si No Aprobado hasta: __/__/__/ Cantidad de horas por día: ___ horas.
 - Enfermería domiciliaria: Si No Aprobado hasta: __/__/__/ Cantidad de visitas por día: ___ horas.
 - Prácticas que consume el afiliado: _____
- _____
- _____

4. INFORMACIÓN DEL AFILIADO Y VÍNCULO (MARQUE CON UNA X).

- ¿Ha enviudado en los últimos 6 meses?
- ¿Vive con su esposa/o de más de 80 años?
- ¿Vive con familiares con limitaciones físicas o mentales?

5. POR FAVOR, COMPLETE LOS DATOS DE LAS PERSONAS MÁS CERCANAS AL AFILIADO, SEAN O NO FAMILIARES.

	Nombre y apellido	Vínculo o parentesco	Edad	Ocupación	Convive		Residencia
					SI	NO	
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO QUE RECIBIRÁ LA PRESTACIÓN

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL FAMILIAR RESPONSABLE

Fecha: ___/___/___/

Vínculo o Parentesco: _____

PLANILLA N° 3 INFORMACIÓN DEL CUIDADOR DOMICILIARIO

La Presente Constituye Una Declaración Jurada Y DEBERÁ ESTAR FIRMADA

Apellido y nombre del afiliado: _____

N° de Afiliado:

A. INFORMACIÓN DEL CUIDADOR DOMICILIARIO

Apellido y nombre: _____

Documento N°: Cuit: Fecha de nacimiento: __/__/__

Teléfono: _____ Domicilio Real: _____

Localidad: _____ Email de contacto (opcional): _____

C - PLAN DE ASISTENCIA DIARIA: Para ser completado por el Cuidador Domiciliario. Por favor describa brevemente la propuesta de trabajo a realizar.

Horario propuesto a cumplir:

▶ Lunes a viernes de __ a __ hs.

▶ Sábados de __ a __ hs.

▶ Domingos de __ a __ hs.

Firma y aclaración del cuidador domiciliario

PLANILLA N° 4 AUDITORÍA

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA SOLICITUD O RENOVACIÓN DE CUIDADOR DOMICILIARIO.

A ser completada y firmada por el profesional auditor de OSEP.

TILDAR LO QUE CORRESPONDA

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ESTAR EN EL EXPEDIENTE	ADJUNTADO
Presentación de DNI del beneficiario y del familiar responsable. En caso de corresponder se adjuntará la documentación que pruebe el vínculo (curatela, poder, etc.)	
Presentación de último recibo de sueldo o recibo de pago en caso de afiliados voluntarios.	
Presentación del Certificado Único de Discapacidad	
Informe socioeconómico ambiental del asistente social de OSEP	
Planilla 1. Indicación de Cuidador Domiciliario.	
Planilla 2. Información del afiliado.	
Planilla 3. Información del Cuidador Domiciliario. Una por cada UNO de los Cuidadores Domiciliarios propuestos.	
Presentación de DNI (uno por cada uno de los Cuidadores Domiciliarios propuestos)	
Presentación de título de formación (uno por cada uno de los Cuidadores Domiciliarios propuestos)	
Constancia de inscripción de AFIP (uno por cada uno de los Cuidadores Domiciliarios propuestos). Puede descargarla de www.afip.gov.ar / accesos más utilizados / constancia de inscripción.	

Informe Técnico y evolución a cargo del auditor de la obra social:

Fecha: __/__/__

Firma y sello del auditor

PLANILLA N° 5 PLANILLA DE BAJA O CAMBIO DE CUIDADOR DOMICILIARIO.

A ser completada por el Afiliado o Cuidador según el caso.

Nombre y apellido del afiliado: _____

N° de Afiliado: (_____)

BAJA DE CUIDADOR DOMICILIARIO (a ser completado por el afiliado o cuidador)

Nombre y apellido del cuidador que se solicita dar de baja: _____

Fecha de baja: __/__/__/

Motivo de la baja: _____

Al solicitarse una BAJA de Cuidador se deberá adjuntar:

- Fotocopia de DNI de quien firma la presente
- Libre deuda del cuidador.

Fecha: __/__/__/

Firma y aclaración del Cuidador o del Aliado/Familiar
(indicar parentesco)

CAMBIO DE CUIDADOR DOMICILIARIO (a ser completado por el afiliado)

Nombre y apellido del cuidador que se solicita dar de baja: _____

Fecha de baja: __/__/__/

Nombre y apellido del cuidador que se solicita dar de alta: _____

Fecha de alta: __/__/__/

Motivo del cambio: _____

La documentación a adjuntar para este nuevo efector será la siguiente:

- Presentación del DNI del nuevo cuidador.
- Presentación del título habilitante del nuevo cuidador.
- Presentación de constancia de inscripción en AFIP del nuevo cuidador.
- Planilla N°3 de Cuidador Domiciliario.
- Presentación de DNI de quien firma la misma.
- Certificado de antecedentes.
- Teléfono del nuevo cuidador.

Esta Planilla para cambio de Cuidador Domiciliario está destinada sólo a afiliados con Autorización vigente en curso. La renovación de la prestación deberá solicitarse mediante trámite habitual. (Planilla N° 1, 2, 3, 4, etc.)

Fecha: __/__/__/

Firma, aclaración y parentesco (si no es el afiliado)

DECLARACIÓN JURADA

Por medio de la presente, declaro conocer y aceptar que:

La prestación de Cuidador Domiciliario está destinada a afiliados dependientes de terceros para la asistencia en las actividades de la vida diaria, de las actividades instrumentales y de inserción social en el domicilio del afiliado o ámbitos socio - recreativos, previa autorización de la red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia).

1- No será autorizada la prestación del Cuidador Domiciliario para brindarse a afiliados cursando internación transitoria o permanente en efectores de carácter sociales o sanitarios tanto del ámbito privado como estatal, que estén recibiendo atención domiciliaria integral, y coberturas variadas que en su conjunto excedan las 24 hs.

2- El afiliado debe contar con una red primaria de apoyo (grupo familiar y/o de pertenencia) con incapacidad parcial para la contención debiendo compartir un tiempo de la atención diaria con el Cuidador Domiciliario. En caso de no contar con ella, la prestación de cuidador domiciliario no podrá ser autorizada.

3- Cada cuidador domiciliario podrá facturarle a OSEP como Cuidador Domiciliario máximo 12 hs por día y de 6 días máximos a la semana, lo que equivale a un total de 72 horas semanales y 288 horas mensuales.

4- Las solicitudes que excedan las 12 horas diarias y/o 6 días semanales solo serán evaluadas cuando el afiliado en condición de discapacidad en OSEP, se encuentre en alguna de las situaciones descritas a continuación: dependencia moderada a severa, demencia moderada a severa, enfermedad oncológica activa, cuidados paliativos, postración, alto riesgo social.

5- El Cuidador Domiciliario no podrá delegar en terceros sus tareas.

6- **PODRÁN SER PRESTADORES COMO CUIDADORES DOMICILIARIOS:** cuidador domiciliario, auxiliar gerontológico, auxiliar de enfermería, técnico en enfermería, licenciado en enfermería o carreras afines y estudiantes avanzados de las carreras de Psicología y Medicina. En todos los casos, los títulos/certificaciones deberán estar reconocidos por organismos públicos (nacionales, provinciales y/o municipales tales como Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE), Dirección Provincial de Gestión Privada (DIPREGEP) y universidades nacionales y su evaluación quedará sujeta a la auditoría técnica especializada.

7- **LAS TAREAS QUE PUEDE REALIZAR UN CUIDADOR** son relacionadas a comer, lavar-bañar, vestir y arreglar, desplazar, deambular y/o trasladar, usar el teléfono, elaborar comidas, realizar compras, administrar la medicación oral indicada por el profesional médico, entre otras.

8- **NO** realiza tareas de servicio doméstico, limpieza del hogar, de la indumentaria personal, objetos personales, etc. ni tareas de mantenimiento de prótesis u ortesis, tampoco realizará tareas de enfermería profesional como suministrar medicación vía enteral, parenteral, por catéter central, curaciones complejas, etc. Las tareas mencionadas serán realizadas según las necesidades del beneficiario y siempre contando con su acuerdo y/o el de su red primaria de apoyo. Estos últimos proveerán los insumos necesarios para la higiene, seguridad y cuidados del afiliado.

9- El Cuidador Domiciliario deberá llevar un cuaderno diario de registro de actividades con firma de ambas partes.

10- La búsqueda, entrevista y elección del Cuidador Domiciliario estará a cargo del afiliado, del responsable y su red primaria de apoyo. Tanto el tipo de cuidado como la extensión y duración de la cobertura estarán sujetos a la evaluación de las necesidades y particularidades de cada caso.

11- Los términos convenidos con el afiliado o su red primaria de apoyo respecto de la prestación del servicio, no son vinculantes ni obligatorios para OSEP en todo lo que exceda el reconocimiento y cobertura establecido por parte DE LA OBRA SOCIAL.

12- La prestación de servicios deberá ajustarse a la reglamentación y requerimientos de OSEP, como pedidos de informes, planillas de horarios, inspecciones, auditorías, etc. sin que esto configure relación de dependencia o laboral alguna con la Obra Social.

13- Si deja de prestar el servicio, el Cuidador Domiciliario deberá comunicar al afiliado y/o a su red primaria de apoyo de su decisión con al menos 15 días de anticipación, y a OSEP por planilla N° 5 presentada en Casa Central. Esta nota deberá consignar la fecha y motivo de la suspensión de sus servicios. De este modo quedará habilitado para trabajar con otro afiliado.

14- En caso de baja de la prestación, renuncia o abandono del servicio del Cuidador Domiciliario será el afiliado y/o su red primaria de apoyo quienes deberán comunicar a OSEP tal situación, mediante planilla N°5 presentada en Casa Central. Dicha nota deberá consignar la fecha y el motivo de la baja del prestador o de la prestación, con el libre deuda del cuidador.

15- Mediante la presente, accedo a brindar el servicio de Cuidador Domiciliario a favor del afiliado arriba enunciado, declarando conocer la normativa de OSEP para dicha prestación

Firma y aclaración del Cuidador

Firma y aclaración del afiliado, del familiar o responsable

Fecha: __/__/__