

ANEXO II

Declaración Jurada para la Solicitud de TARIFA RESIDENCIAL SOCIAL PARA ELECTRODEPENDIENTES

Datos del Titular del Suministro y del Paciente Electrodependiente

Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos, completos, y que revisten carácter de Declaración Jurada. Estoy en conocimiento de la "Guía para los Usuarios" publicada en el sitio web del Municipio y la Distribuidora CALF o entregada en mano

Nombre y Apellido del Titular del Suministro:

D.N.I. (Adjuntar fotocopia)

Dirección

Teléfono celular:

T.E. fijo

Nombre y Apellido del paciente Electrodependiente:

D.N.I. (Adjuntar fotocopia)

Socio/Suministro

Piso:

Dpto:

E-mail:

(Recuerde que debe tener actualizado su domicilio o alguna certificación legal que constate que habita en la vivienda con titular del sum.de energía eléctrica)

Firma Titular del Suministro:

Fecha:

Documentación e Información que debe adjuntar a la presente DD.JJ. el Profesional Especializado de Salud

SI Historia clínica (el Profesional debe ser especialista en la enfermedad del paciente)

SI Estudios originales o fotocopias con la firma del Profesional especializado en la patología, que permita constatar la necesidad del paciente de su dependencia eléctrica

SI Copia del manual de/los aparatos en cuestión (con informe de reserva de batería y tubo de respaldo). Ficha técnica de los mismos.

Información a completar por el Profesional Especializado de Salud

Observaciones aclaratorias del profesional:

Listado de equipos médicos eléctricos

Diálisis peritoneal automatizada (DPA) domiciliaria

Bomba de infusión continua, bomba de alimentación enteral o parenteral

Equipos Relacionados al soporte de la ventilación invasiva y los de ventilación

Otros: (será analizado por Junta Médica) _____

No se consideran heladera, nebulizadores, colchón anti escaras, sillas de ruedas, cpap, bpap o todo equipamiento que no resultan determinantes para la supervivencia

Tiempo estimado del tratamiento:

En mi calidad de Profesional de la Salud, CERTIFICO que el paciente:
es paciente ELECTRODEPENDIENTE.

D.N.I.

Fecha: / / .-

Firma y Sello

Información a completar por el Director del Hospital

En mi calidad de Director del Hospital, certifico que el profesional presta funciones en esta institución y que la información incorporada por él es correcta para determinar que el paciente es electrodependiente.

Realizo las siguientes observaciones al respecto:

Fecha: / / .

Firma y Sello

Certificación y Recepción por la Municipalidad de Neuquen.

Certifico que es copia fiel del Formulario de DDJJ.

Fecha Recepción: / / .

Firma / Sello Receptor

La vigencia del beneficio es de un año. Veinte (20) días antes del vencimiento, el beneficiario debe realizar una nueva declaración jurada con los mismos requisitos,. En caso de no hacerlo, será dado de baja de forma automática. Si su electrodependencia es menor, cuando así lo indique el médico interviniente, el beneficio será por el plazo de duración del tratamiento. Se recuerda que el paciente electrodependiente debe vivir en forma permanente con el titular del suministro de energía.

Firma del Titular del Suministro:

Firma del Conviviente: