



## FICHA SOCIAL SALUD

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_.

### **SEÑOR DIRECTOR DEL SERVICIO DE TUTELA SOCIAL DE LAS FF.AA.**

**Apoyo a ser Solicitado:** (Detallar) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **TITULAR:**

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Solicito pago por depósito Bancario:** SI  NO  (marcar con una x opción solicitada)

Nº cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_

*Se debe completar en caso de solicitar depósito bancario, corresponde únicamente para beneficiarios del interior del país.*

### **BENEFICIARIO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_. (En caso de estar declarado judicialmente incapaz adjuntar resolución Judicial)



## ÁREA APOYO A LA SALUD

*Beneficio exclusivo para el aportante e hijos menores de 21 años o mayores declarados judicialmente incapaces acorde al Decreto 326/84 y su modificativo 101/91.*

<b>Tipo de Apoyo</b>	<b>Características</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Cristales</b>	Comunes y Multifocales	Tres presupuestos Discriminando cristales de armazón.
<b>Lentes de contacto</b>		
<b>Audífonos</b>	Apoyo audífono estándar	Tres presupuestos
<b>Prótesis y Ortesis</b>	Miembros inferiores y superiores, cadera, ojos, Válvula Ahmed, lentilla intraocular, sustancia viscoelástica, férulas, plantares, Corset, otros.	
<b>Silla de Ruedas, Changos, bastones, muletas, parapodios, andadores y otros equipos médicos para rehabilitación .</b>	Comunes y especiales (acorde informe médico)	Son otorgadas en calidad de préstamo.
<b>Otros</b>	BIPAP, Aspiradores, C-PAPS.	En calidad de préstamo

*El apoyo económico no se encuentra previsto en el caso de los cónyuges y los padres del titular.*