



## **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

*Completar con letra de imprenta*

- Fecha.....
- 1) Nombre del Instituto.....
- 2) Nombre completo (sin iniciales).....
- 3) Razón social de la entidad (SRL, Cooperativa, etc).....
- 4) Dirección.....
- 5) Código Postal.....
- 6) Ciudad.....
- 7) Provincia.....
- 8) Teléfono.....
- 9) Fax.....
- 10) E-Mail.....
- 11) Otras sedes: .....
- 12) CBU (Clave Bancaria Única).....
- 13) Nombre del/los propietarios.....
- 14) Nombre del/los representantes legales.....

15) Nombre del/los director/es.....

16) Fecha de creación.....

**17) ORGANISMOS DE SUPERVISIÓN:**

(Si se otorga un número indicar éste. Si se está en trámite, indicar: e/t).

A) Organismo educativo de supervisión.....

B) A. SOCIAL.....(Nación)

C) A. SOCIAL.....(Prov.)

D) SALUD.....(Nación)

E) SALUD.....(Prov.)

F)-OTRAS.....

**18) INSCRIPCIÓN EN DIFERENTES ORGANISMOS:**

A) – MUNICIPAL N°.....

B) – AFIP N° CUIT..... – Condición frente al IVA.....

C) PROVINCIA

Ingresos brutos.....

Persona Jurídica (Si correspondiese. IGJ, INAES, etc).....

N° de inscripción/fecha/expediente/o legajo.....

E) – REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES

N° disposición.....

Categoría.....Cupo.....

F) – Registro de la Razón Social (Contrato Social o Estatutos) en.....

N°.....Legajo

N°.....

(En caso de encontrarse en trámite alguna de estas gestiones, colocar el N° de expediente).

**19) ESPECIALIDAD DE LA INSTITUCIÓN:**

1) Hogar permanente con Pre-Primaria: SI/NO

2) Hogar Permanente con Primaria: SI/NO

- 3) Hogar Permanente con Formación Laboral: SI/NO
- 4) Hogar Lunes a Viernes con Pre-primaria: SI/NO
- 5) Hogar Lunes a Viernes con Primaria: SI/NO
- 6) Hogar Lunes a Viernes con Formación Laboral: SI/NO
- 7) Residencia Lunes a Viernes: SI/NO
- 8) Residencia Permanente: SI/NO
- 9) Pequeño Hogar Lunes a Viernes: SI/NO
- 10) Pequeño Hogar Permanente: SI/NO
- 11) Escolaridad Pre-Primaria: SI/NO
- 12) Escolaridad Primaria: SI/NO
- 13) Escolaridad Formación Laboral: SI/NO
- 14) Hogar Lunes a Viernes con Ctro. de Ed. Terapéutica: SI/NO
- 15) Hogar Lunes a Viernes con centro de Día: SI/NO
- 16) Centro de Día: SI/NO
- 17) Centro de educación Terapéutica: SI/NO
- 18) Hogar Lunes a Viernes: SI/NO
- 19) Hogar Permanente: SI/NO
- 20) Hogar Permanente con centro de Día: SI/NO
- 21) Hogar Permanente con centro de Educación Terapéutica: SI/NO
- 22) Estimulación Temprana: SI/NO
- 23) Prestación de Apoyo: SI/NO
- 24) Módulo de Apoyo a la Integración Escolar: SI/NO
- 25) Rehabilitación Módulo Integral Intensivo: SI/NO
- 26) Rehabilitación Módulo Integral Simple: SI/NO
- 27) Rehabilitación Hospital: SI/NO
- 28) Rehabilitación Internación: SI/NO
- 29) Otras: SI/NO (Detallar).....

**20) DISCAPACIDADES QUE SE ATIENDEN**

A) Mentales SI/NO

Profundo: SI/ NO

Severo: SI/ NO

Moderado: SI/NO

Leve: SI/NO

S. Down: SI /NO (aclarar sólo si se atiende como única Patología).....

Patología agregada: Hipoacusia-Ceguera (tachar lo que no corresponda) otra.....

Disminuidos en las Funciones Básicas: SI/NO

Severos trastornos de la personalidad: (TGD; Autismo, psicosis) SI/NO.....

Multidiscapacidad SI-NO

B) Sensorial SI-NO

Ceguera: SI/ NO

Sordera-Hipoacusia: SI/NO

OTRAS.....

C) Motoras: SI/NO

Características.....

D) Otras: SI/NO (Aclarar).....

**21) MODALIDAD:**

A) Consultorios Externos: SI/NO

B) J. Simple: SI/NO

C) J. Completa: SI/NO

D) Comedor: SI/NO

E) Internación semipermanente: SI/NO

F) Internación permanente: SI/NO

G) Dependencia: SI/NO

H) Semidependencia: SI/NO

I) – Otra: SI/NO (Aclarar).....

**22) MATRICULA:**

Número total de alumnos/pacientes.....

**23) OBRAS SOCIALES: (Aclarar cantidad de beneficiarios)**

-.....(.....) -.....(.....)  
-.....(.....) -.....(.....)  
-.....(.....) -.....(.....)  
-.....(.....) -.....(.....)  
-.....(.....) -.....(.....)  
-.....(.....) -.....(.....)  
-.....(.....) -.....(.....)  
-.....(.....) -.....(.....)

**24) Tiene aporte estatal: SI/ NO o Subsidio de algún tipo: SI/NO**

Tipo de Subsidio..... De quién:.....

Porcentaje:.....

**25) AUTORIZACIÓN:**

Por la presente autorizo a la ASOCIACIÓN DE INSTITUTOS PRIVADOS ESPECIALES ARGENTINOS (AIEPESA), a representar a este Instituto en las gestiones necesarias, ante las autoridades de Organismos Oficiales y Sindicatos, tendientes a cumplir con los mandatos de los Estatutos Constitutivos.

Además damos nuestra autorización para que AIEPESA, proceda a debitar de nuestra cuenta bancaria, incorporada en los datos de inscripción, el abono mensual, en concepto de cuota social.

Y en caso de que este primer intento resulte rechazado, damos nuestra autorización para que se realice un segundo envío del débito, bajo el mismo concepto.

.....

**Firma**

.....

**Aclaración**

.....

**Doc. N°**