

ANEXO II
NOTA SOLICITUD DE BENEFICIO ECONÓMICO

Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS)

S_____ / _____ D

Me dirijo a usted en mi carácter de _____
(titular/representante/apoderado) de _____
(nombre/razón social/denominación del prestador), con domicilio en
_____ (dirección completa en CABA), a fin de
solicitar formalmente la inscripción en el Programa **“Apoyo a las Instituciones para personas con discapacidad - Ley Nacional 24.901 – Servicio de Integración Escolar (SAIE) y Servicio de Rehabilitación”**, en el marco de las políticas públicas de asistencia a dichas instituciones que lleva adelante el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En carácter de declaración jurada, se detalla a continuación la siguiente información:

Que esta institución se encuentra debidamente habilitada para la prestación de servicios a personas con discapacidad conforme a la normativa vigente.

Nuestra institución declara conocer y aceptar las condiciones y obligaciones establecidas en la normativa vigente para la incorporación al Programa “Apoyo a las Instituciones para personas con discapacidad - Ley Nacional 24.901 - Servicios de Apoyo a la Integración Escolar y Servicio de Rehabilitación”.

1. DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre de la institución / prestador: _____

CUIT N°: _____

Celular del responsable de la Institución/es:

Correo electrónico institucional: _____

Domicilio Electrónico: _____

Tipo de institución: () Asociación Civil () Fundación () Cooperativa ()
S.R.L. () S.A () Otro: _____

Tipo de prestación: () Servicio de Rehabilitación () Servicio de Apoyo a la
Integración Escolar (SAIE)

Cantidad de sedes habilitadas en CABA: _____

Domicilio legal: _____

Domicilio real CABA (Sede 1): _____

Tipo de prestación: _____

Nº de Registro de Prestadores: _____

Categorizado: () A () B () C

Comuna: _____

Código postal: _____

Domicilio real CABA (Sede 2): _____

Tipo de prestación: _____

Nº de Registro de Prestadores: _____

Categorizado: () A () B () C

Comuna: _____

Código postal: _____

(En caso de contar con más sedes repita la información mencionada anteriormente por cada una).

2. DATOS CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO:

Titularidad: _____

CUIT N° _____

Tipo de cuenta: _____

Banco: _____

CBU: _____

ALIAS: _____

3. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL TRÁMITE:

Nombre/s y Apellido/s: _____

Cargo: _____

DNI N°: _____

CUIT N°: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

4. AUTORIDADES:

Declaro bajo juramento que las autoridades que se indican seguidamente, se encuentran con mandato vigente.

Apellido y Nombre	Cargo	DNI	Correo electrónico	Teléfono

5. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN:

(En caso de contar con más sedes repita la información mencionada a posterior por cada una de ellas).

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Modalidad de atención: () Módulo Integral Intensivo () Módulo Integral Simple ()
 () Ambulatorio () Internación () Otro

Sedes habilitadas en CABA: _____

Cantidad de personas usuarias actualmente atendidas: _____

Cantidad de trabajadores/as: _____

¿La prestación está activa actualmente?: () Sí () No

¿Se encuentra en riesgo de discontinuidad? () Sí () No

Si respondió "Sí", describa brevemente las causas: _____

SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (SAIE)

Sedes habilitadas en CABA: _____

Cantidad de personas usuarias actualmente atendidas: _____

Cantidad de trabajadores/as empleados/as: _____

¿La prestación está activa actualmente?: () Sí () No

¿Se encuentra en riesgo de discontinuidad? () Sí () No

Si respondió "Sí", describa brevemente las causas: _____

Firma del responsable institucional _____

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Cargo: _____

Fecha: ____ / ____ / 2025 Firma: _____



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2025-50192487-GCABA-COPIDIS

Buenos Aires, Miércoles 19 de Noviembre de 2025

Referencia: ANEXO II - NOTA DE SOLICITUD DEL BENEFICIO ECONÓMICO

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 5 pagina/s.

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
Date: 2025.11.19 14:05:05 -03:00

Sofía Torroba
Titular Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con
COMISION P/ LA PLENA PARTICIP E INCLUS PERSONAS
C/DISCAPACID
AREA VICEJEFE DE GOBIERNO

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
Date: 2025.11.19 14:05:05 -03:00