



SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA HIJOS DISCAPACITADOS DEL AFILIADO

.....de.....de 20.....

SR. PRESIDENTE DE LA
CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Dr.

S / D

De mi consideración:

Quien suscribe.....
odontólogo afiliado N° con domicilio real en calle.....
N°..... de la localidad de....., teléfono
fijo....., teléfono celular....., correo
electrónico..... de acuerdo a lo dispuesto por el Reglamento de
SUBSIDIO PARA HIJOS DISCAPACITADOS DEL AFILIADO, cumple en dirigirse al Señor Presidente
con el objeto de solicitar se le acuerde el Subsidio mencionado para ser aplicado a los fines
establecidos en el Reglamento respectivo, según consta en la documentación que se acompaña al
efecto.

Saludo a Ud. atentamente.-

FIRMA

Documentación necesaria:

- Historia Clínica realizada y firmada por el médico interviniente informando naturaleza de la lesión, grado y posibilidades de rehabilitación.
- Certificado de nacimiento del hijo discapacitado o bien fotocopia certificada de la sentencia que otorgue la adopción del discapacitado.
- Declaración Jurada para Subsidio de Hijo Discapacitado del Afiliado (en formulario provisto por la Caja)
- Certificación de la Rehabilitación que realiza el discapacitado (Formulario APO).
- Certificado Oficial de discapacidad.

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN	
FECHA DE ENTRADA		NÚMERO DE AFILIADO	
		-	
OF. R	CÓDIGO	T.F.	
0	3	A P 9	