



**PRESTACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN O ARRENDAMIENTO
DE DISPOSITIVOS MÉDICOS
REITERACION –AFILIADO ACTIVO–
(R.D. 1643/2007)**

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

No. AFILIADO C.J.P.P.U.: _____ PROFESIÓN: _____

C.I.: _____ F.NACIMIENTO: _____

DOMICILIO CONSTITUIDO (C.T.): _____

LOCALIDAD: _____ C.POSTAL: _____

DEPARTAMENTO: _____ TEL.: _____

CELULAR: _____ E-MAIL: _____

DISPOSITIVO MÉDICO SOLICITADO

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Para el control de la apnea de sueño (CPAP). |
| <input type="checkbox"/> | 2. Prótesis mamarias siguientes a la cirugía neoplásica. |
| <input type="checkbox"/> | 3. Bolsas y aros para colostomizados. |
| <input type="checkbox"/> | 4. Silla de ruedas. |
| <input type="checkbox"/> | 5. Muletas o bastones canadienses. |
| <input type="checkbox"/> | 6. Discos intervertebrales. |
| <input type="checkbox"/> | 7. Audífonos |
| <input type="checkbox"/> | 8. Otros de similar naturaleza. ESPECIFICAR: _____ |

MODALIDAD:

ADQUISICIÓN

ARRENDAMIENTO

Se notifica que:

1. A los efectos del goce del beneficio, **deberá encontrarse al día en sus pagos** por concepto de aportes, Fondo de Solidaridad y su Adicional, convenios, préstamos y demás obligaciones pecuniarias.
2. El otorgamiento de la prestación **se encuentra sujeto a disponibilidad presupuestal**, de acuerdo con lo previsto por el art. 107 de la Ley 17738.
3. El beneficio a otorgar es materia gravada de IRPF, que deberá incluirlo en la declaración anual correspondiente ante la Dirección General Impositiva.
4. Se considerará notificado del beneficio una vez acreditado el pago.
5. **Se ratifica la Declaración Jurada realizada al inicio del beneficio sobre la inexistencia de cobertura alguna para el presente dispositivo.**

Fecha

Firma del afiliado