

ANEXO III

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, DNI _____ domiciliado en _____ de la ciudad de _____, de nacionalidad _____ soy responsable de esta solicitud/renovación del servicio de Internación Domiciliaria y/o Soporte Nutricional de InSSSeP según resolución vigente, desde _____ hasta _____.

Declaro conocer sus alcances y restricciones, no haber falsificado datos sobre la necesidad de recibir esta prestación de atención domiciliaria para el/la señor/a _____ afiliado N° _____, haciéndome responsable de cumplir con los compromisos asumidos.

InSSSeP se reserva el derecho de suspender el servicio, modificarlo o iniciar las acciones legales correspondientes, según criterios de auditoría o si se detectaran irregularidades, sancionando según normas vigentes a afiliados y/o terceros. Además, si el paciente concurre a centros de rehabilitación, hogares de día o debe ser internado en una institución de segundo o tercer nivel y se encuentra bajo la modalidad de internación domiciliaria, deberá realizarse en forma inmediata la denuncia obligatoria ante InSSSeP, ya que estas prestaciones son incompatibles.

Firma y aclaración del familiar o persona
a cargo de la afiliada/o

Firma y aclaración del responsable ante InSSSeP