

Ley 24901

Ley 22431

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

Disposición 1838/2007

**Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con
Enfermedad de Parkinson.**

Tramite para obtener el C.U.D.

Reclamos




Parkinson



Ley 24901- 05/11/97

Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad. Algunas de estas prestaciones son:

- ✓ Apoyo psicológico
- ✓ Atención psiquiátrica
- ✓ Especialistas
- ✓ Medicamentos y psicofármacos
- ✓ Aparatos ortopédicos
- ✓ Rehabilitación motora



Ley 22431. BO 20/03/1981 Autoridad de
Aplicación

- **Establece el Sistema de Protección Integral para Personas con Discapacidad**
- **EL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION** es la autoridad de aplicación de la Ley N° 22.431

Disposición 1838/2007

- La Disposición 1838/2007 del **Servicio Nacional de Rehabilitación** establece los casos en que corresponde certificar la discapacidad de pacientes con Enfermedad de Parkinson.
- Criterios: Se extenderá el Certificado de Discapacidad a todos aquellos pacientes que puedan demostrar la presencia de Enfermedad de Parkinson y que se encuadren según la Escala de Hohen y Yahr de la Etapa 1 a 5.

Certificado de Discapacidad

El CUD es un documento de validez nacional, emitido por una junta evaluadora interdisciplinaria. El otorgamiento del CUD esta determinado por las secuelas causadas en la salud y no por la enfermedad en si misma.

Obtención del Certificado Único de Discapacidad (CUD)

- **En todo el territorio Nacional**

1.- La persona interesada en tramitar el CUD debe dirigirse, de acuerdo al domicilio que figura en su DNI, a la [Junta Evaluadora](#) correspondiente.

- **En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

El trámite se inicia en el Servicio Social Zonal más cercano a tu domicilio , de lunes a viernes, de 9.30 a 15.30 hs, donde se te brindará asesoramiento e indicarán requisitos según tipo de discapacidad a certificar.

<http://www.buenosaires.gob.ar/tramites/certificado-de-discapacidad>

Requisitos Otorgamiento

- **Certificado Médico con firma y sello**, con vigencia **menor a 6 seis meses**, expedido por especialista, que contemple:
 - **Diagnóstico y estado actual**. Resumen de la Historia Clínica lo más detallado posible. Debe establecer las **secuelas y consecuencias** de la enfermedad de base y **alternativas de tratamiento** (si correspondiera)
- **Original y fotocopia** de primera y segunda hoja del DNI vigente
- Reunida toda la documentación, se entrega en el Servicio Social Zonal, la que se resguarda en un sobre que se cierra y en el que se deja constancia del turno otorgado: día, hora y Junta asignada para la Evaluación.
- **Renovación**: tiene los mismos requisitos, solo que debe adjuntarse el CUD vencido.

Tramite CABA (1)

Se inicia en el Servicio Social Zonal mas próximo al domicilio.

Horario: de lunes a viernes de 9:30 a 15:30 hs.

Forma: se completa se firma la solicitud por el interesado o su representante legal.

Ingreso de solicitud (a partir del 1/9/18)



Turno: / /
 Hora:

SOLICITUD DE CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

La evaluación por parte de la Junta Evaluadora Interdisciplinaria es presencial.
 La presente revista carácter de DECLARACIÓN JURADA.

COMPLETAR Y MARCAR LO QUE CORRESPONDA

DATOS DE LA PERSONA A EVALUAR

APELLIDO/S

NOMBRE/S

FECHA DE NACIMIENTO **GÉNERO** Masculino Transversal
 Femenino Otro
DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO DNE F LC PAS
 DNE M LE CI País
NRO. DOCUMENTO **CUI/ / CUIL**
NACIONALIDAD **TIPO** Nativo Naturalizado
TIPO DE RESIDENCIA Transitoria Permanente
 Temporal Precaria **FECHA VENCIMIENTO**
DOMICILIO

PROVINCIA **DEPARTAMENTO**
LOCALIDAD

Cod. postal **Teléfono**
EMAIL

ESTADO CIVIL
 Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión civil / convivencial
ADQUIRIÓ VEHÍCULO A TRAVÉS DE LEY 19.279 SI NO **FECHA**
POSEE SÍMBOLO INTERNACIONAL DE ACCESO SI NO
 En caso de cumplir con todos los requisitos exigidos por el ordenamiento legal de asignación familiar: ¿La persona con discapacidad estaría interesada en perder las asignaciones familiares vinculadas a la discapacidad a las que pudiese tener derecho? SI NO

Completar sólo en los casos que el solicitante no sea la persona a evaluar

PARA EL CASO DE PERSONAS A EVALUAR MAYORES DE EDAD:
 Interesado/a con apoyo designado judicialmente (art. 43 Código Civil y Comercial de la Nación).
 Interesado/a con apoyo extrajudicial (art. 103 in fine Código Civil y Comercial de la Nación).
 Curador/a designado judicialmente (art. 32 Código Civil y Comercial de la Nación).
 * Nota aclaratoria *: En el ámbito extra judicial el Ministerio Público actúa ante la ausencia, carencia o inacción de los representantes legales, cuando están comprometidos los derechos sociales, económicos y culturales*.

PARA EL CASO DE PERSONAS A EVALUAR MENORES DE EDAD:
 Madre Padre Tutor/a - Guardador/a (designado judicialmente)

APELLIDO/S

NOMBRE/S

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO DNE F LC PAS
 DNE M LE CI País
NRO. DOCUMENTO **NACIONALIDAD**
DOMICILIO
Cod. postal **Localidad**
PROVINCIA **Nro. TELÉFONO** (.....)
En caso de Tutor/a, Guardador/a, Curador/a o Apoyo completar la siguiente información:
PROVISORIO **DEFINITIVO** **Fecha de designación**
JUZGADO
SECRETARÍA **Deplo. JUDICIAL**
FISCALÍA
DEFENSORÍA
LUGAR Y FECHA
FIRMA DEL INTERESADO/A
 MADRE - PADRE - TUTOR/A - GUARDADOR/A - CURADOR/A - APOYO **ACLRACIÓN DE FIRMA**

Tramite CABA (2)

Lugar de concurrencia: se debe presentar personalmente (para ser evaluado) el interesado en la Av. Ingeniero Huergo 1189.

La Junta Evaluadora Interdisciplinaria debe acreditar lo certificado por el medico especialista e identificar las limitaciones para realizar actividades, las restricciones para participar en situaciones vitales.

Acreditada la discapacidad se entrega el CUD en el día.

La Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS) del Gobierno de la Ciudad orientan en todos los beneficios y trámites que cada uno de ellos conlleva.

Tramite pendiente / denegado

Si el día del turno no se otorga el CUD, puede obedecer a dos situaciones:

Pendiente: cuando la Junta considere que la información contenida en el sobre no esta completa o no garantiza su condición de salud. En ese caso se indica lo que se requiere completar o agregar para respaldar la discapacidad solicitada. Se otorga nuevo turno.

Denegado: la Junta considera que la documentación presentada no alcanza la línea de corte establecida por la reglamentación vigente, como tampoco el porcentaje exigido. Entregando al interesado un informe con los motivos de la denegatoria.

CERTIFICADO N°:

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRES:
TIPO Y NRO DOC.: Nº CUIT/CUIL: F/NACIMIENTO:

DIAGNOSTICO:
DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES:
ESTRUCTURAS CORPORALES:
ACTIVIDAD / PARTICIPACION:
FACTORES AMBIENTALES:

ORIENTACION PRESTACIONAL:

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el:
El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.

ACOMPAÑANTE:
En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicara que también se cubra al acompañante. Acompañante:

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
Lugar: Fecha emisión:

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>	<i>Firma y sello</i>

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		
APELLIDO		FECHA EMISION	FECHA VTO	ACOMPANANTE
NOMBRES		PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
TIPO/NRO DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO			
EMITIDO POR				

¿Qué es el C.U.D.?

- Es la llave que permite el acceso al Sistema de Salud y a los beneficios enmarcados por la legislación vigente para las personas con discapacidad
 - Ley N° 22.431- Sistema de Protección Integral de los Discapacitados;
 - Ley 24.901 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad;
 - Ley N° 23.661, art. 28, Cobertura Integral de Medicación, sin importar su condición social, económica o cultural.
- El objetivo general buscado a través de la emisión del certificado es promover la protección integral a las personas con discapacidad.
- Los derechos fundamentales como la **salud**, el **trabajo**, la **educación**, etc. deben ser respetados desde la legislación común y es al Estado quien le corresponde velar por el cumplimiento.

¿Qué tipo de instrumento es el CUD?

- El Certificado de Discapacidad es:

1. Un documento público,
2. Determinado por una Junta Evaluadora,
3. Que se otorga a toda persona que lo solicite y tenga:

«Una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada, física, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su adecuada integración familiar, social o laboral.»

- ***Es un instrumento público. UN DOCUMENTO*** que acredita que la persona que lo posee padece una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.
- **Tiene igual valor que el Documento Nacional de Identidad** por lo que ante su pérdida debe efectuarse la denuncia inmediata. Importante es que sepan que:
 - No afecta a la vida civil de la persona, ni su capacidad civil.
 - No tiene relación con el porcentaje de discapacidad, ni con la declaración judicial de insania o inhabilitación que determina la designación de curador.
 - En el Certificado de Discapacidad, NO consta ningún porcentaje del grado de Discapacidad del paciente. Solo constan los datos personales, los Antecedentes, el Diagnóstico, el/los Tipo/os de Discapacidad, el Vencimiento del Certificado y si viaja con o sin acompañante la persona, para el pase libre de transporte.

Utilidades del C.U.D.

- **De Transporte:** Pase libre en medios de transporte público de pasajeros **TERRESTRE** (trenes, subtes, colectivos de corta, media y larga distancia)
Franquicias para la compra de automotores y el logo de acceso para el auto (libre tránsito y estacionamiento) siempre y cuando el vehículo sea utilizado para transportar a la persona con discapacidad, con la exención del pago de patente,
 - Un régimen especial de **asignaciones familiares** en el ANSES,
 - **Impositivas:** en la CABA se encuentran eximidas del ABL, y en San Isidro de la contribución equivalente, en el resto de los municipios hay que solicitarlo.
 - **Laborales:** Las personas de la Provincia de Buenos Aires que trabajen en forma autónoma están exentas del impuesto a los IIBB y pueden solicitar empleo en la administración pública, donde por ley existe un cupo del 4% para personas con discapacidad que acrediten idoneidad para el puesto (inscripción previa en el Registro Laboral selectivo).
A nivel privado, beneficio para empleadores que contraten personas con discapacidad, descuento de ganancias del 70% de la remuneración.
- Facilidad para obtener una **pensión**.

Servicios y tratamientos médicos

- El C.U.D. permite gestionar ante las obras sociales y las empresas de medicina prepaga.

Medicamentos: todos los relacionados con la enfermedad o patología de base y las consecuencias o secuelas de la misma. (No, por ejemplo, el antibiótico para la gripe)

Tratamientos: Quedan incluidos todos los tratamientos, sin topes ni límites, individuales e interdisciplinarios, en centros especializados, con traslado o a domicilio. La cobertura de hogares, centros de días, centros educativos terapéuticos.

Prestaciones Técnicas: Por ejemplo sillas de ruedas con motor, bastones
Las obras sociales están obligadas por ley a cubrir, en muchos casos, el 100 por ciento de las prestaciones que corresponden según la patología, aunque en el caso de algunas el porcentaje es menor.

En caso de que la obra social o la prepaga no cumplan con lo que marca la ley, o simplemente para informarse al respecto, el paciente tiene el derecho de acudir a la **Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (Roque Saenz Peña 530 0800-222-72583)**. O como último recurso, a la vía judicial a través de un amparo.

Direcciones útiles

ADAJUS (Programa Nacional de Asistencia para las Personas con Discapacidad en sus Relaciones con la Administración de Justicia) | Av. Corrientes 327 14º | Adajus@jus.gov.ar | Teléfono: (011) 5300-4000
ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social) | www.anses.gov.ar | Teléfono: 130

CNRT (Comisión Nacional de Regulación de Transporte) | Maipú 88, C1084ABB CABA | www.cnrt.gov.ar | Teléfono: 011 4819-3000

Agencia Nacional de Discapacidad | Av Julio A. Roca 782 4º Piso | www.conadis.gov.ar - consultas@conadis.gov.ar | Teléfono: 0800 – 333 - 2662

Defensoría del Pueblo de la Nación | Suipacha 365, C1008AAGAAG CABA | www.dpn.gov.ar | Teléfono: 011 4819-1500

INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo) | Av. de Mayo 1401, C1085ABE CABA | direccionasistencia@inadi.gov.ar | Teléfono: 0800-999-2345

Ministerio de Trabajo de la Nación | Dirección: Av Leandro N. Alem 650 C1001AAO | consultas@trabajo.gov.ar | Teléfono Centro de Orientación al Ciudadano 0800-666-4100/ 0800-222-2220

SNR (Servicio Nacional de Rehabilitación) | Ramsay 2250 CABA | info@snr.gov.ar | Teléfono: 0800-555-3472

Superintendencia de Servicios de Salud | Av. Pres. Roque Sáenz Peña 530, C1035AAN | www.sssalud.gov.ar | Teléfono: 011 4344-2800 - 0800-222-72583

Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas
Dirección: Av. Julio A. Roca 782 4º. Teléfono: 0800-333-2662. Página web: www.conadis.gov.ar

<https://www.sssalud.gob.ar/?page=reclamos>



PRESENTACIÓN DE RECLAMOS
RESOLUCIÓN SSSALUD N° 075/98 ANEXO A

N° _____
(A completar por personal de Dependencia)

DATOS DEL TITULAR

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Documento DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DATOS DEL APODERADO/GESTOR OFICIOSO

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Documento: DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DOMICILIO DEL TITULAR/APODERADO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____
Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____
Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

TIPO DE PRESENTACIÓN

Presentación personal En representación de el/los beneficiario/s a su cargo *

*Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiario/s a su cargo

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° de documento	CUIL/CUIT	Parentesco

DATOS DEL RECLAMO

Síntesis del reclamo

Detalle de la documentación que se adjunta _____

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin faltar ningún dato, sujeta a los
infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a computar el expediente a _____ D.N.I. _____

Lugar y fecha _____ FIRMA Y AGLARACIÓN _____



PRESENTACIÓN DE RECLAMOS
RESOLUCIÓN SSSALUD N° 075/98 ANEXO B

N° _____
(A completar por personal de Dependencia)

DATOS DEL TITULAR

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Documento DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DATOS DEL APODERADO/GESTOR OFICIOSO

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Documento: DNI CI LC Número _____ CUIT CUIL Número _____

DOMICILIO DEL TITULAR/APODERADO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____
Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____
Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

TIPO DE PRESENTACIÓN

Presentación personal En representación de el/los beneficiario/s a su cargo *

*Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiario/s a su cargo

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° de documento	CUIL/CUIT	Parentesco

DATOS DEL RECLAMO

Síntesis del reclamo

Detalle de la documentación que se adjunta _____

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin faltar ningún dato, sujeta a los
infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a computar el expediente a _____ D.N.I. _____

Lugar y fecha _____ FIRMA Y AGLARACIÓN _____

FIRMA Y AGLARACIÓN