



## SANTA FE

### **DECRETO 3463/2019**

### **PODER EJECUTIVO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

Programa Hogar Familia para personas con discapacidad sin grupo familiar o continente.  
Modificación decreto 823/14.

Del: 07/11/2019; Boletín Oficial: 21/11/2019

#### VISTO:

El expediente N° 00501-0170970-4 del S.I.E. Ministerio de Salud mediante el cual se propicia la modificación del Decreto N° 823 emitido en fecha 3 de abril de 2014; y

#### CONSIDERANDO:

Que por el artículo 1° del mismo se creó en el ámbito del Ministerio de Salud el Programa Hogar Familia para personas con discapacidad sin grupo familiar o continente, cuyo objeto es brindar alojamiento y cuidado, atendiendo a los requerimientos básicos esenciales para su desarrollo y bienestar, en los términos y alcances establecidos en el Anexo I que integra dicho decreto;

Que dicho Programa prevé la asistencia técnica, monitoreo y asistencia financiera para el Hogar Familia, el cual deberá estar a cargo de un sujeto responsable en condiciones de asumir la atención integral de personas con discapacidad, conforme las pautas establecidas en base a la normativa vigente;

Que, en relación a ello, la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad manifiesta la necesidad de introducir modificaciones al mencionado Anexo I del Decreto N° 823/14, a los fines de agilizar los procesos administrativos relacionados con el pago a los beneficiarios del programa;

Que ha tomado intervención de su competencia la Dirección General de Asuntos Jurídicos Jurisdiccional, sin formular objeción alguna;

Que la presente gestión se dicta en uso de las atribuciones conferidas a este Poder Ejecutivo por el artículo 72° inciso 1) de la Constitución Provincial;

#### POR ELLO:

**EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA**

**DECRETA:**

Artículo 1°.- Modifícase el Decreto N° 823 emitido el 3 de abril de 2014, reemplazándose el Anexo I que integra el artículo 1° de dicho acto administrativo, por el que se adjunta al presente decreto.

Art. 2°.- Refrédase por los señores Ministros de Salud y de Economía.

Art. 3°.- Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

Lifschitz; María Andrea Uboldi; Gonzalo Miguel Saglione

#### ANEXO I

Programa HOGAR FAMILIA para personas con discapacidad  
(Anexo I.1)

##### 1. Definición conceptual:

Se entenderá por HOGAR FAMILIA, en el marco de este programa, a la estrategia destinada a un número limitado de personas con discapacidad (en adelante denominadas PCD), sin grupo familiar propio o continente, que tiene por finalidad brindar alojamiento y

cuidado, atendiendo a los requerimientos básicos esenciales para su desarrollo y bienestar. Esta estrategia debe desplegar el ámbito familiar de la manera más integral posible con el objeto de que la ausencia de su familia primaria no vulnere su desarrollo. Deberá organizarse por lo tanto como una familia, con una pareja responsable o un adulto con o sin hijos a cargo del cuidado de la persona con discapacidad.

El funcionamiento del HOGAR FAMILIA deberá darse internamente con distribución de roles y funciones como en una familia, y externamente, con incorporación y participación de sus miembros en la comunidad circundante.

En el HOGAR FAMILIA pueden alojarse personas con discapacidades similares o diferentes, siempre y cuando sea posible la convivencia, hasta un máximo de dos (2) personas.

## 2. Beneficiarios:

Personas con discapacidad que, al momento de su incorporación al programa: a) requieran cuidado y/o asistencia personal para lograr el mayor grado de autonomía posible, b) residan en la Provincia de Santa Fe, c) carezcan de hogar o familia continente, y d) no posean cobertura social.

## 3. Responsable del Hogar Familia

El HOGAR FAMILIA estará a cargo de un matrimonio, unión convivencial o de una persona que sea responsable de PCD, y en condiciones de asumir la atención integral de los mismos. A continuación se describen quiénes podrán ser responsables:

1. Persona o familia que dentro del programa FAMILIA SOLIDARIA implementado por la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (Resolución N° 181 del 9 de abril de 2012), aloje a niños, niñas o adolescentes con discapacidad.

2. persona o familia que reciba a un niño, niña o adolescente con discapacidad, en guarda preadoptiva o adopción según lo establecido en el Código Civil argentino y leyes modificatorias, hasta cumplir los 18 años.

3. persona o familia que aloje a personas con discapacidad, mayores de 18 años de edad.

## 4. Tipo de Prestación:

Alojamiento Permanente o transitorio. La permanencia en el Programa será evaluada por un Equipo Territorial de referencia y/o por las áreas de incumbencia de las Direcciones Provinciales de Inclusión para Personas con Discapacidad de la Circunscripción correspondiente. La periodicidad de presentación de informes se establecerá en el momento de la firma del acta, de acuerdo a lo que establezca el equipo territorial, según la situación legal de la persona con Discapacidad a incluir en el Hogar Familia. Será obligación la presentación de la constancia mensual de recepción del subsidio por parte de los beneficiarios. La misma no podrá exceder los 12 meses, siendo automática la prórroga del beneficio hasta la baja según lo establecido en el punto N° 12 del presente anexo

## 5. Funcionamiento:

Por las características del HOGAR FAMILIA, deberá funcionar en forma independiente y separada de cualquier otro servicio específico para PCD, y abastecer los requerimientos médicos, psicológicos, sociales y educativos de sus integrantes, fuera de su ámbito.

## 6. Equipo Territorial De Referencia

1. En el caso de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de edad, el equipo de referencia es el correspondiente a la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social.

2. En el caso de mayores de 18 años de edad, el equipo de referencia es el correspondiente al efector público dependiente del Ministerio de Salud y/o del Ministerio de Desarrollo Social al que se encuentre adscripto, según cada caso, conformado por profesionales de diferentes disciplinas, quienes integran los equipos territoriales de referencia, y/o por las áreas de incumbencia de las Direcciones Provinciales de Inclusión para Personas con Discapacidad de la Circunscripción correspondiente.

3. Para los casos descriptos en los puntos 1 y 2, se contará con la coordinación y el seguimiento de un equipo matricial, constituido por profesionales de la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad, que realizará un acompañamiento en la

constitución de redes dentro de los organismos del Estado acorde a las necesidades de cada situación.

7. Funciones del Equipo Territorial de Referencia: a fin de incorporar, beneficiarios a este programa, el Equipo Territorial de Referencia tendrá como atribuciones:

1- Solicitar la incorporación de la PCD (Formulario Anexo 1.2), indicando, en informe adjunto a la solicitud, características de la situación general relevada, que incluya condiciones sociales, de salud, habitacionales, familiares, asistencia y actividades sugeridas a desarrollar acorde a las necesidades del beneficiario, etc. y toda otra información de consideración.

2- La selección del HOGAR FAMILIA que será especificado en el Formulario Anexo 1.3, adjuntando el informe respectivo. Deberá realizar evaluaciones de posibles familias o personas que reúnan las condiciones sugeridas por el programa mediante entrevistas y visitas domiciliarias, para cada caso determinado, según sus características, capacidades, habilidades y condiciones psicofísica de los miembros de la familia definiendo si están en posibilidades de acoger a la PCD. Preferentemente se seleccionarán propuestas que se localicen cerca del lugar de residencia, a fin de conservar lazos sociales y con la comunidad.

3- Capacitación: deberá brindar una capacitación a la familia según las necesidades de cuidado de la persona alojada y de las actividades y estrategias de inclusión que deberá desarrollar.

4- Seguimiento: Realizará las visitas domiciliarias de supervisión de la evolución de la estrategia HOGAR FAMILIA, elaborando los informes correspondientes. La periodicidad de la presentación de estos informes será la que establezca la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad, según lo previsto en el punto 4. Tipo de prestación.

8. Condiciones Habitacionales: los aspirantes a brindar el servicio de HOGAR FAMILIA, deberán contar con una vivienda que reúna los siguientes requisitos mínimos:

1. Poseer los servicios necesarios para garantizar la calidad de vida que en cada caso se requiera.

2. Contar con accesibilidad edilicia a fin de alojar a una persona con discapacidad motriz o movilidad reducida.

9. Adecuaciones Edilicias:

A los fines de dar cumplimiento a los requisitos exigidos en relación a las condiciones habitacionales, el Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Inclusión por Personas con Discapacidad podrá otorgar o efectuar las gestiones correspondientes a tales fines, para brindar un aporte económico al responsable, que estará destinado a la adaptación del espacio físico o equipamiento para el bienestar de la persona con discapacidad. El Equipo Territorial de Referencia o quien éste disponga, evaluará la necesidad de adecuación edilicia del HOGAR FAMILIA. El aprovisionamiento se efectuará conforme a la normativa vigente.

10. Acogimiento Solicitud del Beneficiario:

Las personas con discapacidad, sus representantes legales o el Ministerio Público, deberán presentar la siguiente documentación:

- ACTA DE ACOGIMIENTO, según modelo que establece en ANEXO 1.3, cuando la PCD fuese mayor de 18 años de edad.

- Copia del DNI del beneficiario donde conste domicilio en la Provincia de Santa Fe.

- Copia del Certificado Único de Discapacidad actualizado, emitido conforme la normativa vigente.

De la pareja o persona cuidadora:

- Certificado de buena conducta emitido por autoridad policial.

11. Alta al Programa:

Las Direcciones Provinciales dependientes de la Subsecretaría de Inclusión de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud, tendrán a su cargo la admisión del beneficiario al programa, una vez verificados todos los puntos de la presente, mediante la emisión del Formulario según Anexo 1.2.

12. Baja del Programa: (Formulario Anexo 1.5)

Pautas de Egreso:

Estar en condiciones de vivir independientemente o en otro sistema más adecuado.

Restitución a su hogar de origen, en el caso de menores por disposición de autoridad competente.

Modificación de las condiciones psicofísica de la persona con discapacidad de forma tal que hagan imposible su permanencia en un HOGAR FAMILIA, y requieran para su atención un servicio especializado.

13. Aporte Monetario:

El Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad tendrá a su cargo la financiación de la estrategia HOGAR FAMILIA abonando, a la persona ó familia que dentro del programa aloje a personas con discapacidad, el aporte mensual que se establezca por Resolución de la/del Ministra/o de Salud de la Provincia.

14. Liquidación:

Elevada las actas de Acogimiento aprobadas, se procederá a imputar por el periodo solicitado o por imputación anual, a solicitud de la Subsecretaría de Inclusión para personas con Discapacidad.

La Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad aprobará el ingreso al Programa a través del acto administrativo correspondiente.

Contra la presentación de la certificación de servicios por parte de la Dirección Provincial de Inclusión para personas con Discapacidad correspondiente (Anexo 1.4), e informe del Equipo interviniente, se liquidará el pago, debiendo emitirse a nombre del responsable del HOGAR FAMILIA.

Los depósitos se efectuarán en las habilitaciones de la Dirección Provincial de Inclusión para Personas con Discapacidad, Primera o Segunda Circunscripción según corresponda, o a través del efector de salud público más próximo al domicilio del Responsable del Programa.

#### ANEXO 1.3 - ACTA DE ACOGIMIENTO AL PROGRAMA HOGAR FAMILIA

Entre la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud, representada en este acto por ..... en su carácter de Director/a Provincial de Inclusión para Personas con Discapacidad de la 1era./2da. Circunscripción de la Provincia de Santa Fe, en adelante LA DIRECCIÓN, responsable del Programa HOGAR FAMILIA aprobado por Decreto N° 823/14 y modificatorios, y el/la Sr./a ..... DNI N° .... con domicilio en ..... (Calle y N°) de la localidad de ..... Provincia de Santa Fe, representante legal de ..... DNI N° ..... con domicilio en ..... (Calle y N°) de la localidad de ..... y en adelante llamado/a Beneficiario y el/los Sres. ...., DNI N° ..... y ..... DNI N° ..... en adelante, los responsables del HOGAR FAMILIA, se convienen en celebrar el presente Acta de Acogimiento al Programa HOGAR FAMILIA para Personas con Discapacidad, que se registrá por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** Los responsables del HOGAR FAMILIA dicen conocer y aceptar los términos del Programa HOGAR FAMILIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD vigente a la fecha, cuya copia se hace entrega en el presente acto.

**SEGUNDO:** Los responsables del HOGAR FAMILIA se comprometen a cumplir las siguientes obligaciones:

1- Ejercer la función encomendada teniendo en cuenta las necesidades sugeridas en los informes respectivos del equipo territorial de referencia.

2-Atender las necesidades psicofísica y materiales de la persona alojada, favorecer su desarrollo integral y el cumplimiento de todos los derechos fundamentales como recibir alimentación, vestimenta, a no ser discriminado, a la identidad, la libertad y la participación, entre otros

3-Atender fehacientemente los pedidos de comunicación que solicite la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad.

4-Colaborar con los profesionales de los equipos territoriales a fin de contribuir a que

puedan realizar el proceso de seguimiento y supervisión en forma adecuada.

5- Favorecer el contacto fluido, directo e ininterrumpido de la persona con su familia de gen, salvo que este derecho esté limitado por medida judicial

6- Cuidar de los bienes personales y documentación de la persona.

TERCERO: LA DIRECCIÓN se obliga al aporte monetario mensual vigente al momento de efectivizarse cada pago, desde el: ...../...../....., según lo establecido en el Decreto de creación del PROGRAMA HOGAR FAMILIA y sus modificatorios, que se actualizará conforme al parámetro de referencia establecido en el mismo

CUARTA: El cese de la suscripción al presente programa podrá ser determinado por LA DIRECCIÓN, en atención al interés superior de la persona con discapacidad, cuando así lo considere, sin derecho a indemnización alguna por parte de los responsables del HOGAR FAMILIA.

QUINTA: Las partes constituyen los siguientes domicilios a los efectos del presente convenio: LA DIRECCIÓN en ..... (Calle y N°) de la localidad de ..... Provincia de Santa Fe, y los responsables del HOGAR FAMILIA fijan su domicilio y para el alojamiento e..... (Calle y N°) de la localidad de ..... Provincia de Santa Fe.

En la ciudad de ..... se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, a los ..... días del mes de ..... de 20.....

#### ANEXO I.4 - CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS

Por la presente, los abajo firmantes CERTIFICAMOS que el Beneficiario..... DNI N° ... recibió la prestación HOGAR FAMILIA durante el mes de ..... del año ..... brindada por el/la Sr./Sra..... DNI N° ..... y en un todo de acuerdo al informe del equipo de referencia que se ha anexado al legajo personal del beneficiario. Monto mensual a abonar: ....., ..... de ....., del año .....(Localidad) (día) (mes) (año)

#### FIRMA Y SELLO FIRMA Y ACLARACIÓN FIRMA Y ACLARACIÓN

Director/a Provincial de Inclusión Beneficiario Responsable para Personas con Representante Legal HOGAR FAMILIA

Discapacidad -1era./2da. Circunscripción

A completar por la Dirección Provincial de Inclusión:

REF: Expte. N° .....

#### ANEXO I.5

#### ACTA DE EGRESO AL PROGRAMA HOGAR FAMILIA

Entre la Subsecretaría de inclusión para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud, representada en este acto por la Directora Provincial de Inclusión para Personas con Discapacidad de la 1ra./2da. Circunscripción de la Provincia de Santa Fe, ..... responsable del Programa HOGAR FAMILIA aprobado por Decreto de la Provincia N° ..... por una parte; y el/la Sr./a ..... DNI N° ..... con domicilio en calle ..... de la localidad de ..... por la otra parte, representante legal de..... DNI N°.....con domicilio en calle ..... de la localidad de ..... y en adelante llamado/a Beneficiario y el/los Sr/es. ...., DNI N° ..... y ....., DNI N° ..... en adelante los responsables del HOGAR FAMILIA, convienen celebrar el presente acta de egreso al Programa HOGAR FAMILIA para Personas con Discapacidad del Gobierno de la Provincia de Santa Fe, que se regirá por las siguientes cláusulas.

PRIMERA: los responsables del HOGAR FAMILIA dicen conocer y aceptar los términos del Programa HOGAR FAMILIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD vigente a la fecha, cuya copia se hace entrega en el presente acto.

SEGUNDO: responsables del HOGAR FAMILIA se comprometen a cumplir las obligaciones de restitución de todos los bienes personales y documentación del Beneficiario.

TERCERO: la DIRECCIÓN cesa en su obligación de transferencia monetaria, según lo establecido en el Decreto de creación del PROGRAMA HOGAR FAMILIA, a partir del mes de ..... de 20.....

En la ciudad de ..... se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un solo

efecto, a los ..... días del mes de de 20...  
ANEXO



Copyright © [BIREME](#)

 [Contáctenos](#)