

ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

Presentar sólo si se solicita la prestación

La Institución/Equipo _____

se compromete a realizar la integración escolar del/la niño/a _____

bajo la responsabilidad de la Maestra Integradora: _____

Lugar donde se realiza la Integración: _____

Días de concurrencia del Profesional a la Escuela común: _____

Días de concurrencia del afiliado a la Escuela común: _____

Horario de concurrencia del afiliado a la Escuela común: _____

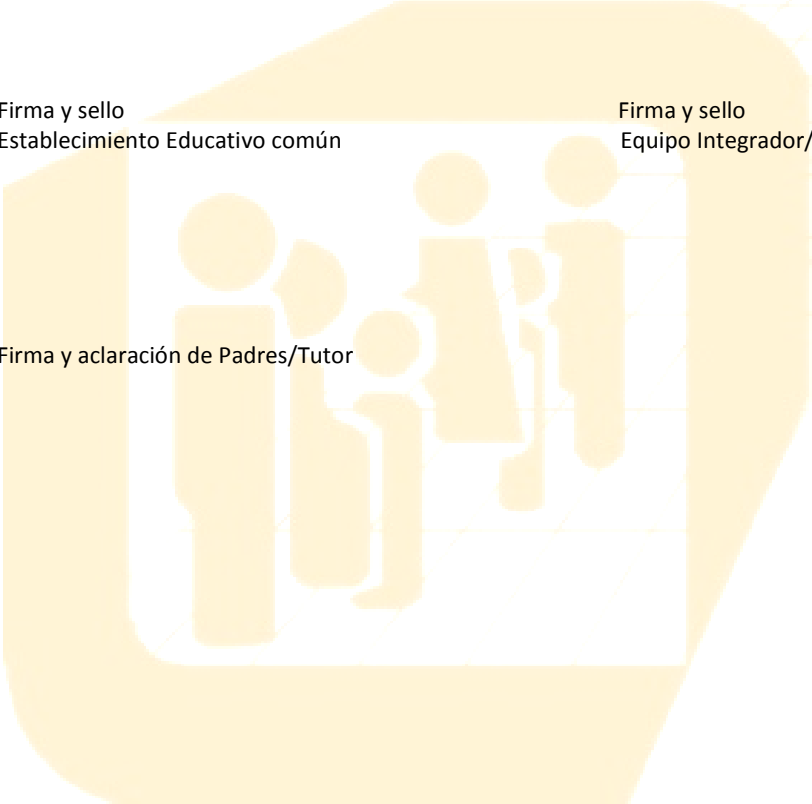
La institución educativa y la Maestra Integradora/Equipo de Apoyo a la Integración Escolar se comprometen a: a) atender al niño/a según las necesidades vinculadas a su educación, b) elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación curricular, c) acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación, d) realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria, e) ser acompañantes activos del proceso de aprendizaje, f) compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción, f) cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados, g) sostener que el alumno/a mantenga asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

La no continuidad del alumno/a en el Proyecto de Integración escolar será evaluado por la Escuela y la Maestra Integradora/Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes en forma

conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño/a.

La no continuidad del proyecto podrá darse por: a) incumplimiento de los ítems mencionados precedentemente, lo cual será debida y oportunamente informado y explicitado, b) falta de progreso significativo en el aprendizaje, c) modificaciones importantes en la conducta.

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y damos nuestro consentimiento a los ___ días del mes de _____ de 2019.



Firma y sello
Establecimiento Educativo común

Firma y sello
Equipo Integrador/Maestro/a de Apoyo

Firma y aclaración de Padres/Tutor

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha y lugar de emisión: _____

Nombre y Apellido: _____

Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

Datos de la Prestación:

Prestación/Especialidad: **Maestra de Apoyo a la Integración Escolar**

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2019

Cantidad de horas mensuales _____

Monto mensual \$ _____

Datos del Prestador:

Nombre y apellido: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____

Cronograma de Actividad Áulica (Maestra de Apoyo):

Institución en la que se brinda la prestación – Escuela común: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

| Días y horarios | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|------------------------|--------------|---------------|------------------|---------------|----------------|
| Desde | | | | | |
| Hasta | | | | | |

Firma, aclaración y sello del Profesional

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

PRESUPUESTO EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha y lugar de emisión: _____

Nombre y Apellido: _____

Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

Datos de la Prestación:

Prestación/Especialidad: **Equipo de Apoyo para la Integración Escolar**

Período: Desde _____ Hasta _____ Año 2019

Cantidad de horas mensuales _____

Monto mensual \$ _____

Datos del Prestador:

Nombre y apellido: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____

Cronograma de Actividad Áulica (Maestra de Apoyo):

Institución en la que se brinda la prestación – Escuela común: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

| Días y horarios | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|-----------------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| Desde | | | | | |
| Hasta | | | | | |

Actividad Extra Áulica:

Conformación del equipo profesional interviniente:

Nombre y Apellido: _____

Título profesional: _____

Objetivo de la intervención: _____

Nombre y Apellido: _____

Título profesional: _____

Objetivo de la intervención: _____

Nombre y Apellido: _____

Título profesional: _____

Objetivo de la intervención: _____

Domicilio donde se brinda la prestación: _____

Localidad: _____

| Días y horarios | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|------------------------|--------------|---------------|------------------|---------------|----------------|
| Desde | | | | | |
| Hasta | | | | | |

Firma, aclaración y sello de los Profesionales

FORMULARIO DE CRONOGRAMA HORARIO DE PRESTACIONES/TERAPIAS

IMPORTANTE: Deberá entregarse obligatoriamente al momento de presentar toda la documentación.

Nombre y Apellido del afiliado: _____

DNI: _____ Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

| HORA | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| 8:00 | | | | | |
| 8:30 | | | | | |
| 9:00 | | | | | |
| 9:30 | | | | | |
| 10:00 | | | | | |
| 10:30 | | | | | |
| 11:00 | | | | | |
| 11:30 | | | | | |
| 12:00 | | | | | |

| | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|
| 12:30 | | | | | |
| 13:00 | | | | | |
| 13:30 | | | | | |
| 14:00 | | | | | |
| 14:30 | | | | | |
| 15:00 | | | | | |
| 15:30 | | | | | |
| 16:00 | | | | | |
| 16:30 | | | | | |
| 17:00 | | | | | |
| 17:30 | | | | | |
| 18:00 | | | | | |
| 18:30 | | | | | |
| 19:00 | | | | | |
| 19:30 | | | | | |
| 20:00 | | | | | |

Fecha, firma y aclaración del afiliado Titular a OSPAC:

Fecha, firma y aclaración del afiliado a OSPAC beneficiario de las prestaciones (o representante legal, o curador o apoyo):

Cronograma de Asistencia:

Domicilio real donde se brinda la prestación: _____

Localidad: _____

| | Días | Lunes | | Martes | | Miércoles | | Jueves | | Viernes | |
|---------|----------|-------|-------|--------|-------|-----------|-------|--------|-------|---------|-------|
| | Horarios | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |

Firma, aclaración y sello de los Profesionales

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

PLANILLA DE ASISTENCIA A TERAPIAS/PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

IMPORTANTE PARA FACTURAR: La presente planilla debe ser agregada, en original, a la factura o recibo que mensualmente se emita. Se debe anexar 1 planilla por cada prestación que realice el afiliado y 1 planilla por cada mes.

Nombre y Apellido o Razón Social del prestador: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Dejo constancia que el afiliado _____

concurrió a tratamiento de _____

durante el mes de _____ de 2019.

| Día | Fecha | Hora de ingreso | Hora de egreso | Firma de Titular o Padre |
|-----------|-------|-----------------|----------------|--------------------------|
| Lunes | | | | |
| Martes | | | | |
| Miércoles | | | | |
| Jueves | | | | |
| Viernes | | | | |
| Lunes | | | | |
| Martes | | | | |
| Miércoles | | | | |
| Jueves | | | | |
| Viernes | | | | |
| Lunes | | | | |
| Martes | | | | |
| Miércoles | | | | |
| Jueves | | | | |
| Viernes | | | | |
| Lunes | | | | |
| Martes | | | | |
| Miércoles | | | | |
| Jueves | | | | |

| | | | | |
|-----------|--|--|--|--|
| Viernes | | | | |
| Lunes | | | | |
| Martes | | | | |
| Miércoles | | | | |
| Jueves | | | | |
| Viernes | | | | |

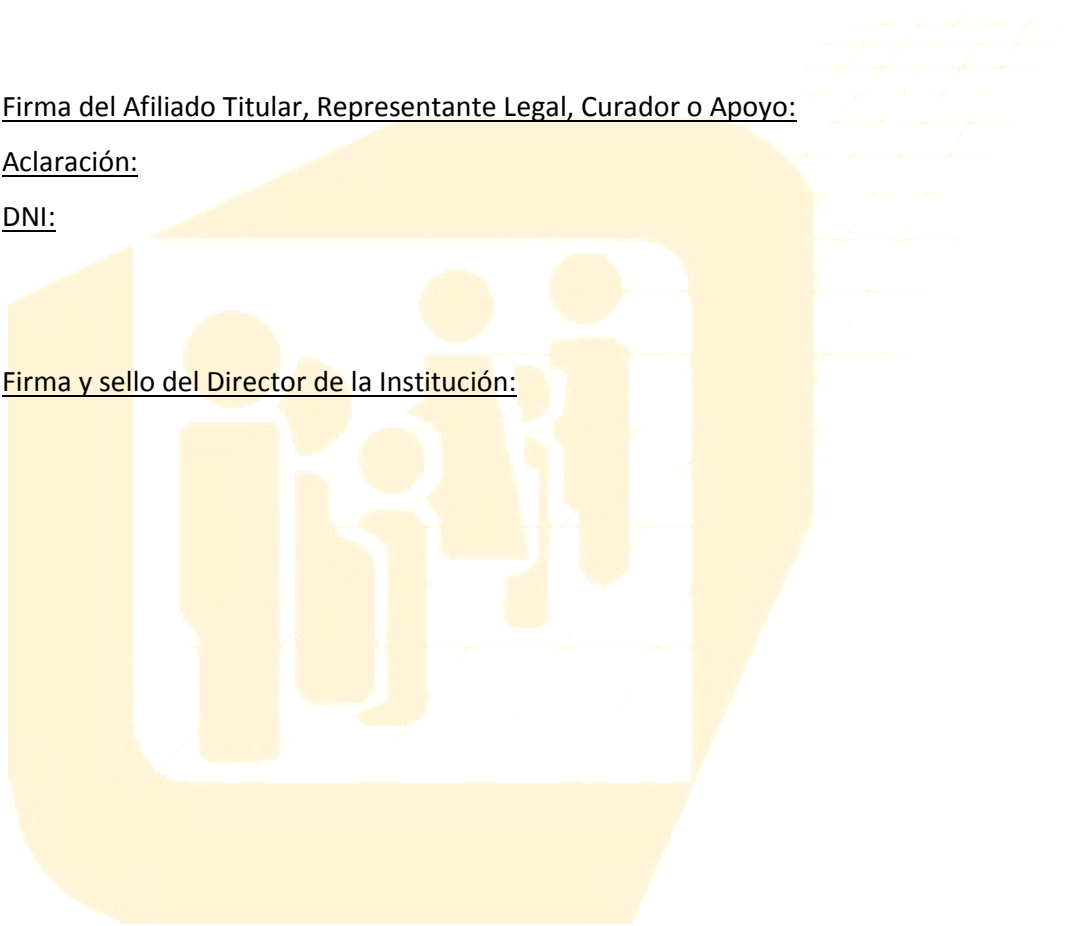
Firma y sello del Profesional tratante:

Firma del Afiliado Titular, Representante Legal, Curador o Apoyo:

Aclaración:

DNI:

Firma y sello del Director de la Institución:



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

CONSENTIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO EN INSTITUCIONES

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio real de atención, lugar donde se brinda la prestación: _____

_____ Localidad: _____

Teléfono: _____

Nombre del afiliado: _____

DNI: _____ Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

Prestaciones a brindar:

Tipo de jornada (simple o doble): _____ Dependencia (Si/No): _____

Monto mensual: \$ _____ Categoría: _____

Período ciclo lectivo 2019: Desde _____ Hasta _____

Cronograma de asistencia:

| | Días | Lunes | | Martes | | Miércoles | | Jueves | | Viernes | |
|---------|----------|-------|-------|--------|-------|-----------|-------|--------|-------|---------|-------|
| | Horarios | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |

Firma, aclaración y sello del Director de la Institución:

CONSENTIMIENTO

Mediante el presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente en favor del afiliado _____

_____ DNI _____

Firma y aclaración del afiliado (o representante legal, curador, apoyo): _____

DNI: _____ Teléfono: _____

Lugar y fecha de consentimiento: _____



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

CONSENTIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO CON PROFESIONALES INDIVIDUALES

Lugar y fecha de emisión: _____

Nombre completo del prestador: _____

Domicilio real de atención, lugar donde se brinda la prestación: _____

_____ Localidad: _____

Teléfono: _____

Nombre del afiliado: _____

DNI: _____ Nro. de afiliado: _____ Plan: _____

| Prestación/especialidad/terapia | Cantidad sesiones | de | Monto sesión (\$) | Monto mensual (\$) |
|---------------------------------|-------------------|----|-------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Período ciclo lectivo 2019: Desde _____ Hasta _____

Cronograma de asistencia:

| | Días | Lunes | | Martes | | Miércoles | | Jueves | | Viernes | |
|---------|----------|-------|-------|--------|-------|-----------|-------|--------|-------|---------|-------|
| | Horarios | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |
| Terapia | | | | | | | | | | | |

Firma, aclaración y sello del Profesional responsable de la prestación:

CONSENTIMIENTO

Mediante el presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente en favor del afiliado _____

_____ DNI _____

Firma y aclaración del afiliado (o representante legal, curador, apoyo): _____

DNI: _____ Teléfono: _____

Lugar y fecha de consentimiento: _____

