



PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -  
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

**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, g) 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 2021.

-----  
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 2021 -  
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

**PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR**

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Afiliado N°: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

**Datos de la Prestación**

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

Período: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ año 2021.

Cantidad de horas mensuales: \_\_\_\_\_

Monto mensual \$ \_\_\_\_\_

**Datos del Prestador**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

C.U.I.T.: \_\_\_\_\_ Condición frente al I.V.A.: \_\_\_\_\_

**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 2021 -  
FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

**PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR**

Lugar y fecha de emisión: ,  /  /

Nombre y Apellido:

Afiliado N°:  Plan:

**Datos de la Prestación**

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

Período: Desde  hasta  año 2021.

Cantidad de horas mensuales:

Monto mensual \$

**Datos del Prestador**

Nombre y apellido:

Domicilio:  Localidad:

Email:  Teléfono:

C.U.I.T.:  Condición frente al I.V.A.:

**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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HASTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

-----  
FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO DEL PROFESIONAL



### 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HASTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

-----  
FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO DEL PROFESIONAL

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2021 -  
FORMULARIOS PARA AFILIADOS

**FORMULARIO DE CRONOGRAMA HORARIO DE PRESTACIONES/TERAPIAS**

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

Nombre y Apellido del Afiliado:

D.N.I.:  Afiliado N°:  Plan:

Fecha de nacimiento:  /  /  Edad:

Domicilio:  Localidad:

Teléfono:  Email:

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
08:00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08:30	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9:00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9:30	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10:00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10:30	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11:00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11:30	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12:00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12:30	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13:00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



13:30					
14:00					
14:30					
15:00					
15:30					
16:00					
16:30					
17:00					
17:30					
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 2021 -  
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 anexas 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  del 2021.

Día	Fecha	Hora de ingreso	Hora de egreso	Firma de Titular o Padre
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	





<b>Miércoles</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Jueves</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Viernes</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Lunes</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Martes</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Miércoles</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Jueves</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Viernes</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

-----  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL TRATANTE

-----  
FIRMA DEL AFILIADO TITULAR, REPRESENTANTE LEGAL, CURADOR O APOYO

-----  
ACLARACIÓN

D.N.I.:

-----  
FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN