

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2020 -  
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: \_\_\_\_\_

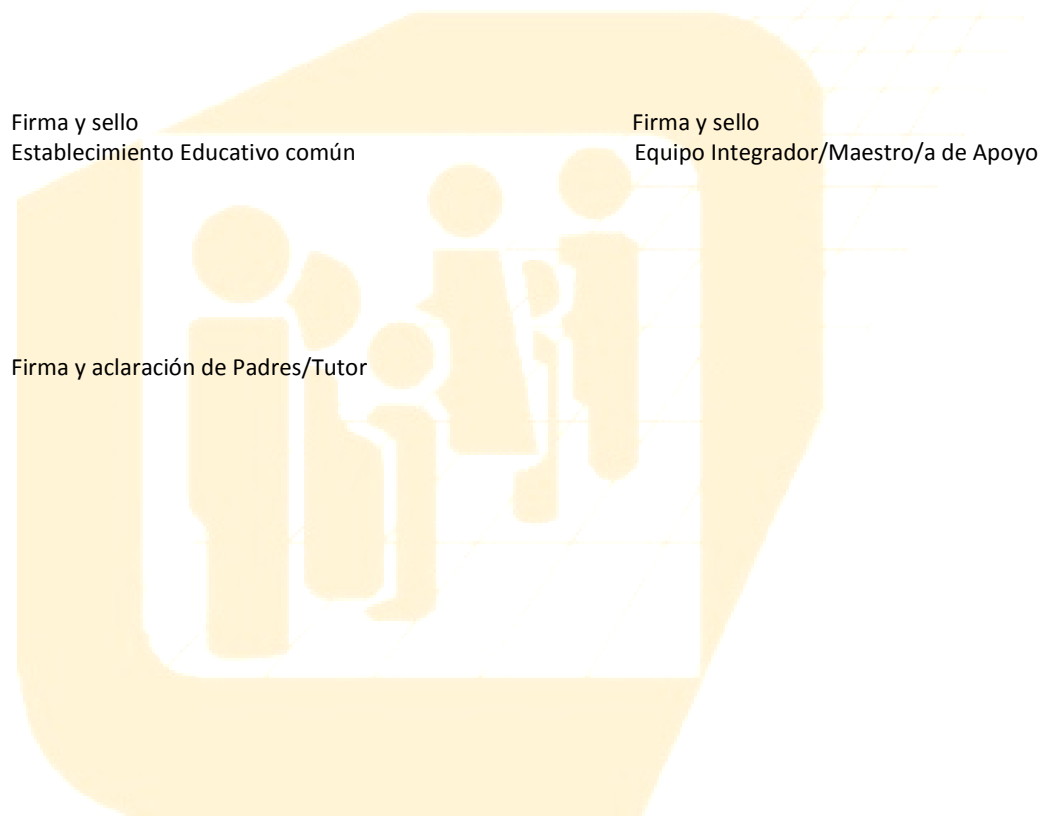
La institución educativa y la Maestra Integradora/Equipo de Apoyo a la Integración Escolar se comprometen a: a) atender al niño/a según las necesidades vinculadas a su educación, b) elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación curricular, c) acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación 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, 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 2020.



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 2020 -  
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 2020

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 2020 -  
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 2020

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: \_\_\_\_\_

<b>Días y horarios</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
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 2020 -  
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 2020.

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:

