

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.

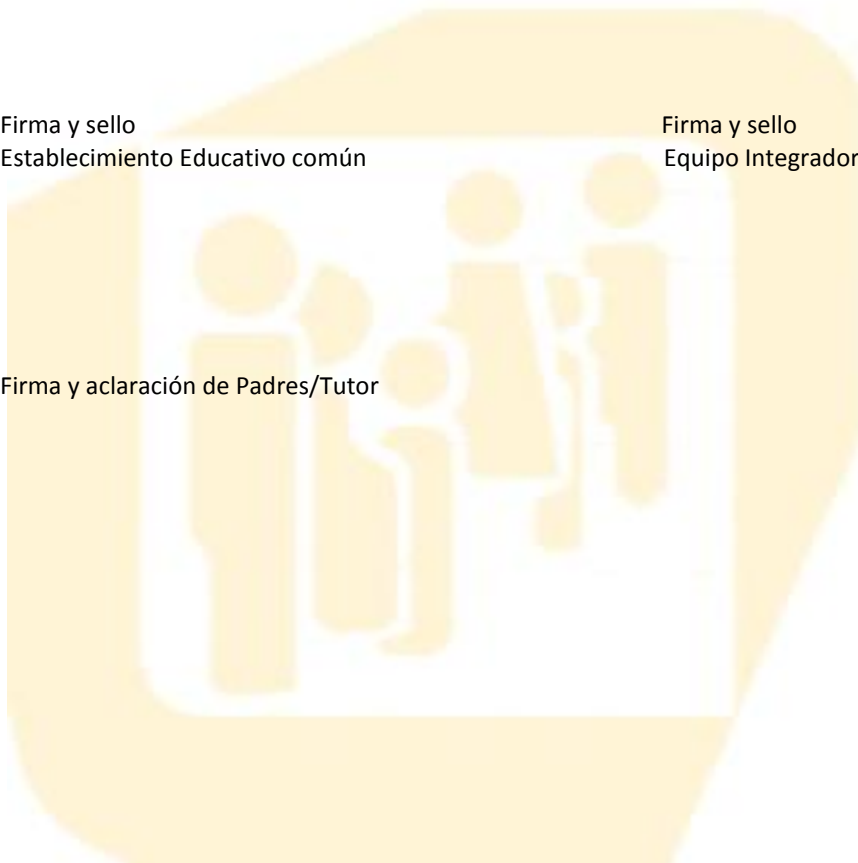
La no continuidad del proyecto podrá darse por: a) incumplimiento de los ítems mencionados precedentemente, lo cual será debida y oportunamente informado y explicitado, b) falta de progreso significativo en el aprendizaje, c) modificaciones importantes en la conducta.

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

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 2021

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 2021 -
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 2021

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

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: _____

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 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 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 2021.

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				
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:

