

## FORMULARIO MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha y lugar 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 2022

Cantidad de horas mensuales:

Monto mensual: \$

### Datos del Prestador

Nombre y Apellido :

Domicilio:  Localidad:

Email:  Teléfono:

CUIT:  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 y sello del Profesional:

## PRESUPUESTO EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha y lugar 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 2022

Cantidad de horas mensuales:

Monto mensual: \$

### Datos del Prestador

Nombre y Apellido :

Domicilio:  Localidad:

Email:  Teléfono:

CUIT:  Condición frente al I.V.A.:

### Cronograma de Actividad Áulica (Equipo 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"/>

FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

**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 de los Profesionales



## 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  de 2022.

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"/>	

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2022 -

FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

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"/>	

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:

## 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.

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2022 -

FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y damos nuestro consentimiento a los  días  
del mes de  de 2022.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

Establecimiento Educativo común

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

Equipo Integrador / Maestro/a de Apoyo

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración de Padres / Tutor

