

FORMULARIO MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

1. Se modulará cuando se brinde un mínimo de:
 - a) 8 horas semanales para Equipos de Apoyo a la Integración Escolar.
 - b) 6 horas semanales para Profesionales individuales (Docente de Educación Especial/Psicopedagoga).
2. En los casos que se indique una cantidad de horas inferiores al módulo, se deberá extender el presupuesto por valor hora.
3. Se deberá presentar la siguiente documentación:
 - a) Acta Acuerdo en original conforme modelo adjunto. La misma deberá ser firmada en forma conjunta por la autoridad escolar, profesional interviniente (individual/equipo), padre, madre, tutor, apoyo, curador.
 - b) Proyecto de Integración: debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos y debe estar firmado por el Profesional independiente que realiza la integración y/o a Institución que cede al Maestro/a Integradora.

- Adjuntar Planificación Anual

Fecha y lugar de emisión: / /

Nombre y Apellido:

Afiliado N°: Plan:

Datos de la Prestación

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

Período: desde hasta año 2025

Cantidad de horas mensuales:

Datos del Prestador

Nombre y Apellido :

Domicilio: Localidad:

Email: Teléfono:

CUIT: Condición frente al I.V.A.:

Cronograma de Actividad Áulica

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

Domicilio: Localidad:

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2025 -

FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

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

Firma 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 | | | | | |
| Hasta | | | | | |

Firma, aclaración y sello de los Profesionales

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, h) 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 2025 -

FORMULARIOS PARA PROFESIONALES/INSTITUCIONES

Los abajo firmantes, manifestamos conformidad y damos nuestro consentimiento a los días
del mes de de 2025.

Firma y sello

Establecimiento Educativo común

Firma y sello

Equipo Integrador / Maestro/a de Apoyo

Firma y aclaración de Padres / Tutor



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 2024.

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

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2025 -

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: