

DETALLE	PÁGINA
ÍNDICE + DATOS DE CONTACTO	1
DOCUMENTACIÓN SOLICITADA	2-3
PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS	4
CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR	5
CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN – ANEXO III	6
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	7-8
PRESUPUESTO + CONSENTIMIENTO BILATERAL	9
DECLARACIÓN DE CBU	10
SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR	11
SOLICITUD BAJA DE PRESTACIÓN	12
SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO	13

## CONTACTO OSPAGA

- Autorizaciones Discapacidad (Consultas por autorización de expedientes / Consultas por documentación a presentar / Consultas por actualización de CUD)

(011) 4610-9200

[integracionprestador@ospaga.com.ar](mailto:integracionprestador@ospaga.com.ar)

- Recepción de Expedientes (Envío de expedientes para **renovación** 2023 digitalizados)

(011) 4610-9200

[integracionprestador@ospaga.com.ar](mailto:integracionprestador@ospaga.com.ar)

- O.S.P.A.G.A. Central

(011) 4610-9200

[www.ospaga.com.ar](http://www.ospaga.com.ar)

## FORMACIÓN LABORAL

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia. Dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. **Los cursos no podrán extenderse más allá de los 4 años de duración.**

En el siguiente link encontrará las **instituciones** categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

### **Documentación Requerida:**

1. Planilla de actualización de datos (Pg. 4)
2. DNI Afiliado Titular y Afiliado que recibe la prestación
3. Certificado de Discapacidad
4. Certificado de alumno regular. Deben presentarlo al **comienzo, mediados y finalización del año lectivo**. (Pg. 5)
5. Conformidad de prestaciones – Anexo III (Pg. 6)
6. Prescripción Médica

La fecha de prescripción debe ser **siempre** anterior al período de prestación solicitado

<b>Nombre y Apellido:</b>	
<b>O. Social: O.S.P.A.G.A</b>	<b>N° D.N.I.:</b>
Rp./	
<b>-SOLICITO FORMACIÓN LABORAL</b>	
<b>-TIPO DE JORNADA (SIMPLE O DOBLE)</b>	
<b>-PERÍODO</b>	
<b>-DIAGNÓSTICO</b>	
<b>-FECHA:</b> Debe ser anterior al período solicitado	
_____ Firma y Sello (Médico Tratante)	

6. Resumen de Historia Clínica (Pg. 7 y 8)
7. Presupuesto + Consentimiento Bilateral (Pg.9)
8. Informe evolutivo y final 2022 (En caso que haya recibido prestaciones. La fecha del informe debe ser Diciembre 2022)
9. Informe de evaluación inicial (En caso que comience una nueva prestación). En el deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación

9. Informe evolutivo de la prestación. La fecha de emisión debe ser posterior/igual a la fecha del pedido médico y anterior al comienzo de la prestación. Debe detallar:
  - Período de abordaje y modalidad de prestación
  - Descripción de las intervenciones realizadas con el beneficiario y su núcleo de apoyo
  - Resultados alcanzados
11. Plan de tratamiento. La fecha de emisión debe ser posterior/igual a la fecha del pedido médico y anterior al comienzo de la prestación. Debe detallar:
  - Período y modalidad de prestación
  - Detalle de adaptaciones curriculares
  - Objetivos a corto y mediano plazo
  - Estado actual del beneficiario
12. Constancia de Inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación
13. Habilitación de la institución
14. Constancia de Opción/Inscripción en la Afip
15. Seguro de mala praxis/responsabilidad civil
16. Declaración de CBU (Pg. 10)
17. Fotocopia de CBU (Extracto Bancario)

**ACTUALIZACION DE DATOS**

**Completar todos los campos del formulario**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos del afiliado al que se brindará la prestación**

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

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Datos Familiares**

*Se solicita por favor detallar mínimo un teléfono y una dirección de e-mail para facilitar la comunicación.*

**Padre / Madre / Tutor**

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

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Padre / Madre / Tutor**

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

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Firma de padre/madre/tutor**

**Vínculo**

**Aclaración**

**Firma de padre/madre/tutor**

**Vínculo**

**Aclaración**

**CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR**

Colegio: \_\_\_\_\_

CUE N°: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Alumno: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Se hace constar que el alumno \_\_\_\_\_ con DNI

\_\_\_\_\_ es alumno regular de \_\_\_\_\_ grado/año, turno \_\_\_\_\_ . Se encuentra matriculado para

el año 20\_\_ en el grado/año \_\_\_\_\_ del turno \_\_\_\_\_ en el horario de \_\_\_\_\_ .

Se extiende esta constancia en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año

\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
**Firma Autoridad del Colegio**

\_\_\_\_\_  
**Sello del Colegio**

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Datos del afiliado al que se brindará la prestación**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

**Consentimiento**

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo (\_\_\_\_)

N° \_\_\_\_\_ doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. **Prestación:** \_\_\_\_\_  
**Prestador:** \_\_\_\_\_  
**Período:** Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

2. **Prestación:** \_\_\_\_\_  
**Prestador:** \_\_\_\_\_  
**Período:** Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

3. **Prestación:** \_\_\_\_\_  
**Prestador:** \_\_\_\_\_  
**Período:** Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

4. **Prestación:** \_\_\_\_\_  
**Prestador:** \_\_\_\_\_  
**Período:** Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:**

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Manifiesto ser el familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s  
prestación/es detalladas precedentemente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

### **Datos del afiliado**

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

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

### **Diagnóstico**

---

---

---

---

---

### **Antecedentes de Enfermedad**

---

---

---

---

---

### **¿Tuvo Accidentes? SI – NO / ¿Qué tipo de accidente?**

---

---

---

---

---

### **¿Presenta Cirugías – Internaciones? SI - NO**

---

---

---

---

---



**PRESTACIONES INSTITUCIONALES / EDUCATIVAS**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos del afiliado**

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

N° DNI: \_\_\_\_\_

**Datos de la prestación**

Modalidad prestacional a brindar: \_\_\_\_\_

Tipo de Jornada a realizar: SIMPLE  DOBLE

Categoría: A  B  C

Incluye almuerzo: SI  NO

Prestación con dependencia: SI  NO

**Datos del prestador**

Nombre y Apellido / Razón Social: \_\_\_\_\_

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

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

N° CUIT: \_\_\_\_\_ Condición frente al IVA: \_\_\_\_\_

**Cronograma de Asistencia**

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde							
Hasta							

**Período**

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Valor mensual: \$ \_\_\_\_\_ Sujeto a resolución vigente

**CONSENTIMIENTO BILATERAL**

Presto conformidad para la prestación de \_\_\_\_\_ a cargo de la  
Institución \_\_\_\_\_ a efectuarse en el domicilio  
\_\_\_\_\_ en la localidad de \_\_\_\_\_ durante el período de  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Responsable de la Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**DECLARACION DE CBU PARA PROFESIONALES / INSTITUCIONES / TRANSPORTES**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por medio de la presente, cumpro en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

- Caja de ahorro N°: \_\_\_\_\_
- CBU: \_\_\_\_\_
- Banco: \_\_\_\_\_
- Mail: \_\_\_\_\_

ESTOS DATOS SOLO TIENEN VALIDEZ CON LA PRESENTACIÓN DEL EXTRACTO BANCARIO QUE LOS CERTIFIQUE

\_\_\_\_\_  
*Firma y Sello de Profesional / Responsable de  
Transporte / Responsable de Institución*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*

\_\_\_\_\_  
*D.N.I.*

**SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Datos del afiliado**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, dejo constancia de la solicitud de la baja de la prestación de \_\_\_\_\_  
a cargo de \_\_\_\_\_ a partir de \_\_\_\_\_.

El motivo por el cual se solicita la baja es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asimismo, solicito el alta de dicha prestación a cargo de la profesional y/o institución \_\_\_\_\_  
a partir de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Vínculo



**SUSPENSION TEMPORARIA DE TRATAMIENTO**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

***Datos del afiliado***

---

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ N° DNI: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_ informo que durante los meses de \_\_\_\_\_ del corriente año, el beneficiario indicado, no asistió a la prestación de (ej. Fonoaudiología, Psicopedagogía, Transporte) \_\_\_\_\_ con el profesional y/o institución \_\_\_\_\_.

El motivo por el cual no asistió es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

*Firma Titular*

---

*Aclaración*

---

*D.N.I.*

---

*Vínculo*