

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
ACTA ACUERDO PARA INTEGRACIÓN ESCOLAR	10
DECLARACIÓN DE CBU	11
SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR	12
SOLICITUD BAJA DE PRESTACIÓN	13
SUSPENSIÓN TEMPORARIA DE TRATAMIENTO	14

## 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)

## MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Proceso de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin. Implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

El equipo de apoyo técnico especializado podrá pertenecer a una escuela especial, cet con integración escolar o actuar independientemente, capacitado para tal fin. Deberá articular y coordinar su accionar, con el equipo docente, profesional de la escuela común donde el niño concurre y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio deberá brindarse por módulo de un **mínimo de 8 horas semanales**. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional. **Si el niño con necesidades educativas especial requiere mayor cantidad de horas de apoyo, el servicio de integración escolar deberá arbitrar los medios necesarios para la inclusión integral del niño.**

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 MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR</b>	
<b>-CANTIDAD DE DÍAS POR SEMANA Y CANTIDAD DE HS POR DÍA</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. Acta acuerdo firmada entre partes intervinientes: Responsable del afiliado, institución educativa común, institución que brinda la integración escolar (Pg. 10)
9. Informe evolutivo y final 2022 (En caso que haya recibido prestaciones. La fecha del informe debe ser Diciembre 2022)
10. 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
11. 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
12. 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
13. Constancia de Inscripción en el Servicio Nacional de Rehabilitación
14. Habilidad de la institución
15. Constancia de Opción/Inscripción en la Afip
17. Seguro de mala praxis/responsabilidad civil
18. Declaración de CBU (Pg. 11)
19. 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**

---

---

---

---

---



**MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR**

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

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

**Datos del afiliado**

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

**Datos de la prestación**

Cantidad de horas diarias: \_\_\_\_\_ Cantidad de horas mensuales: \_\_\_\_\_

**Datos del prestador**

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

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

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

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

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

**Cronograma de Actividad Áulica**

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Institución / Escuela **común** en la que se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

Domicilio de la Institución: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Ciudad de: \_\_\_\_\_

**Período**

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

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

**CONSENTIMIENTO BILATERAL**

Presto conformidad para la prestación de \_\_\_\_\_ a cargo del Equipo

\_\_\_\_\_ 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 del Responsable de la Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**ACTA ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR**

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

En el día de la fecha, en la ciudad de \_\_\_\_\_ se establece el presente acuerdo entre la Escuela \_\_\_\_\_ con domicilio sito en \_\_\_\_\_ representada por \_\_\_\_\_, la Maestra de Apoyo / el equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por \_\_\_\_\_ y la familia del alumno/a \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ representado por \_\_\_\_\_ para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año \_\_\_\_\_ Sala / Grado / Año \_\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_ en los días y horarios: \_\_\_\_\_  
Período: \_\_\_\_\_

La Institución educativa y el/la Maestro/a de Apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el/la alumno/a mantenga una 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.

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello de responsable de Escuela  
Común donde se brindará la prestación*

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre / madre / tutor*

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello de Maestro / Equipo  
AIE*

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

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

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

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*

\_\_\_\_\_  
*Aclaración*

\_\_\_\_\_  
*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

**SOLICITUD DE BAJA DE PRESTACIÓN**

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 \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
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*