

| 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

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

(011) 4610-9200

integracionprestador@ospaga.com.ar

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

(011) 4610-9200

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

| | |
|--|-------------------|
| Nombre y Apellido: | |
| O. Social: O.S.P.A.G.A | N° D.N.I.: |
| Rp./ | |
| -SOLICITO MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR | |
| -CANTIDAD DE DÍAS POR SEMANA Y CANTIDAD DE HS POR DÍA | |
| -PERÍODO | |
| -DIAGNÓSTICO | |
| -FECHA: 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

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