

INSTRUCTIVO

DISCAPACIDAD

2024

Decreto 904/2016 M.S..

Resolución 406/2016 SSSalud

Resolución 887/2017 SSSalud

Resolución 276/2018 SSSalud

Resolución 1731/2021 SSSalud

Resolución 360/2022 SSSalud

DOCUMENTACION PARA EL ARMADO DEL EXPEDIENTE.

1. CONSTANCIA DEL BENEFICIARIO ACTIVO EN PADRON SSS –
2. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE -
3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA -
4. ORDEN MEDICA
5. TABLA FIM
6. CONFORMIDAD DE PRESTACIONES - SEGÚN RES. 360/22 – **ver modelo**
7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA DE PRESTACIONES –SEGÚN RES. 360/22 – **ver modelo**
8. INFORME INICIAL, SI ES PRESTACION O PRESTADOR NUEVO
9. INFORME EVOLUTIVO DEL PERÍODO ANTERIOR Y DE ACUERDO AL PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO PARA EL PERIODO ANTERIOR, SI YA ES PRESTADOR.
10. PLAN DE TRATAMIENTO DE LOS PROFESIONALES Y/O INSTITUCIONES
11. TITULOS HABILITANTES E INSCRIPCIONES VIGENTES DE PRESTADORES Y/O INSTITUCIONES
12. CONSTANCIA INSCRIPCION ANTE AFIP
13. NOTA CBU – **ver modelo**

DEPENDENCIA.

Se considera persona con discapacidad dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completo o supervisión por parte de terceros para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana, tales como: higiene, alimentación o deambulaci3n, conforme el **Índice de Independencia Funcional (FIM)**.

Dicha tabla FIM deberá estar confeccionada, ÚNICAMENTE, con firma y sello de TERAPISTA OCUPACIONAL en los casos de instituciones (Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogares, etc.) – Según Res 1731/21

Para respaldar la dependencia en el caso de transporte, la tabla FIM puede estar firmada por profesional médico. – Según Res 1731/21 (cuando el beneficiario solo asiste a terapias).

Se reconocerá un adicional de 35% (treinta y cinco por ciento) sobre los valores estipulados. Será aplicable cuando estuviere expresamente solicitado por el profesional actuante y en las prestaciones en las que el Nomenclador lo indique (transporte, instituciones)

IMPORTANTE

- Las Obras Sociales no pueden dar cobertura al Profesional o a la Instituci3n que no se encuentran inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitaci3n (SNR), según corresponda.
- En el caso en que el beneficiario reciba una sola prestaci3n, se considerará “prestaci3n de apoyo “, por lo que es **indispensable** que concurra a una Instituci3n Educativa Común (enviar constancia de alumno regular e indicar el CUE de la misma).
- La solicitud del Subsidio por Discapacidad será anual, pero no deberá estar sujeta al ańo calendario. También será válida el período indicado por el profesional tratante. El período nunca podrá superar los doce meses.

Las modalidades educativas, maestros/as de apoyo y Equipo de Apoyo a la Integraci3n Escolar mantendrán los períodos de Febrero-Diciembre

(Instituciones y Equipo de Apoyo a la Integración Escolar) y Marzo – Diciembre (Maestros de Apoyo.).

La prestación de transporte para estas prestaciones respetarán los mismos períodos.

- Toda la documentación prestacional respaldatoria deberá conservarse en un legajo digital individual por beneficiario. Dicha documentación podrá ser enviada a través de un archivo escaneado.

DOCUMENTACION PARA EL ARMADO DEL LEGAJO PRESTACIONAL.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL BENEFICIARIO

1. **Certificado único de Discapacidad (CUD), vigente.** En caso de que venciera durante el transcurso del año, se deberá enviar solicitud de turno y luego la renovación correspondiente. No debe haber periodo de carencia.
2. **Planilla datos del beneficiario del Subsidio. –ver modelo**
3. **Planilla datos del titular. – ver modelo**
4. **Resumen de Historia Clínica.** Confeccionado por el médico tratante, constando la fecha, firma, sello y especialidad del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona relacionada con la patología que origina el Subsidio y las prestaciones que recibe actualmente. Con fecha anterior al inicio de las prestaciones. **SEGÚN RESOLUCION 360/22 – SSS**
5. **Orden médica.** Extendida por el médico tratante que confeccionó la Historia Clínica. Deberá reunir las siguientes condiciones:
 - **UNA ORDEN MÉDICA PARA CADA PRESTACION.**
 - Fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.
 - Con firma y sello con tipo y número de matrícula y especialidad del médico tratante.
 - Deberá estar dirigida a la Obra Social.
 - Indicar nombre y apellido del beneficiario del subsidio y DNI.
 - Indicar periodo de prestación, indicando mes y año de inicio y finalización.
 - Indicar Diagnóstico (según CUD).
 - Indicar prestación solicitada:

Si es tratamiento de rehabilitación (sesiones), deberá indicar cantidad de sesiones **semanales.**

Si es Institución Educativa, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, deberá indicar modalidad o tipo de jornada. (Simple, doble), aclarando en los casos que corresponda DEPENDENCIA.

Para la prestación de TRANSPORTE, en la orden médica se deberá justificar la imposibilidad de las personas con discapacidad para movilizarse en transporte público. (Res. 360/22 – SSS)

La prescripción de la prestación de transporte será evaluada y autorizada por el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social, la cual deberá constar en el legajo. (Res 360/22 – SSS)

- Indicar claramente si corresponde dependencia con fundamentación médica y presentación de Tabla FIM (a partir de los 6 años de edad) con firma y sello del profesional tratante o Licenciado/a en Terapia Ocupacional – (Res 1731/21). En el caso de transporte a terapias la Tabla FIM podrá ser firmada por el profesional tratante.

6.- **Certificado de alumno regular** – Correspondiente al ciclo lectivo 2024. Deberá indicar el CUE del establecimiento (**indispensable**)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL PRESTADOR.

1) INSTITUCIONES:

- Presupuesto Prestacional y Cronograma de Asistencia: (según Res 360/22)- **ver modelo.**
Deberá indicar:
 - Fecha anterior al inicio de la prestación.
 - Datos de la Institución – (e mail, teléfono de contacto – CUIT)
 - Datos del beneficiario (nombre y apellido, DNI.)
 - Prestación brindada, (p. ej: Escuela Especial, CET, Centro de Día, etc.), indicando modalidad o tipo de jornada, Categoría y Dependencia (si estuviera indicada en la orden médica). Indicar domicilio donde se brindará la prestación.
 - Período que abarca la prestación presupuestada
 - Importe total
- Conformidad Prestacional: Completo y firmado por el beneficiario con discapacidad o su responsable (según Resolución 360/22 – SSS). Deberá respetarse específicamente el modelo indicado por la SSS. – **Ver modelo**
- Inscripción y Categorización vigente en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).
- Inscripción ante la SSS que lo habilite a brindar prestación bajo la Modalidad de Integración.
- En caso de dependencia, deberá presentar tabla FIM, con firma y sello de Licenciada/o en Terapia Ocupacional. (SIN EXCEPCION). – Res. 1731/21 – SSS.
- Plan de Tratamiento – Indicando datos del beneficiario y del prestador. Fecha anterior al inicio de la prestación, indicando objetivos de cada una de las áreas, especificando la metodología de abordaje para lograrlas. Los planes de tratamiento de todas las especialidades deben estar referidos específicamente al beneficiario con sus particularidades y basados en los informes inicial y/o

evolutivo correspondientes. No se dará curso a Planes de Tratamiento genéricos. –Res 1731/21 - SSS

- Informe de evaluación inicial: Deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, o con un nuevo prestador, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Deberá presentarlo el prestador tratante indicando las herramientas utilizadas, el tratamiento sugerido, y el diagnóstico funcional, social y terapéutico, así como el requerimiento de apoyo propuesto.
- Informe evolutivo semestral de todas las terapias.
- Constancia de Inscripción ante AFIP.
- Nota de CBU.

2) PROFESIONALES –

- Presupuesto Prestacional y Cronograma de Asistencia: (según Res 360/22)- **ver modelo.**

Deberá indicar:

- Fecha anterior al inicio de la prestación.
 - Datos del profesional – (e mail, teléfono de contacto – CUIT).
 - Datos del beneficiario (nombre y apellido, DNI.)
 - Prestación brindada.
 - Indicar domicilio donde se brindará la prestación.
 - Período que abarca la prestación presupuestada.
 - Importe total.
- Conformidad Prestacional: Completo y firmado por el beneficiario con discapacidad o su responsable (según Resolución 360/22 – SSS). Deberá respetarse específicamente el modelo indicado por la SSS. – **Ver modelo.**
 - Título habilitante.
 - Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores (RNP).
 - Inscripción ante la SSS que lo habilite a brindar prestación bajo la Modalidad de Integración.
 - Plan de Tratamiento – Indicando datos del beneficiario y del prestador. Fecha anterior al inicio de la prestación, indicando objetivos y especificando el abordaje y la metodología para lograrlos. Los planes de tratamiento de todas las especialidades deben estar referidos específicamente al beneficiario con sus particularidades y basados en los informes inicial y/o evolutivo correspondientes. No se dará curso a Planes de Tratamiento genéricos.

- Informe de evaluación inicial: Deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, o con un nuevo prestador, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Deberá presentarlo el prestador tratante indicando el tratamiento sugerido, y el diagnóstico funcional, social y terapéutico, así como el requerimiento de apoyo propuesto,
- Informe evolutivo semestral.
- Constancia de Inscripción ante AFIP.
- Nota de CBU.

3) MAESTRO DE APOYO – MODULO APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR.

- Presupuesto Prestacional y Cronograma de Asistencia: (según Res 360/22)- **ver modelo.**
Deberá indicar:
 - Fecha anterior al inicio de la prestación.
 - Datos del profesional – (e mail, teléfono de contacto – CUIT).
 - Datos del beneficiario (nombre y apellido, DNI.).
 - Prestación brindada.
 - Indicar domicilio donde se brindará la prestación.
 - Período que abarca la prestación presupuestada.
 - Importe total.
- Conformidad Prestacional: Completo y firmado por el beneficiario con discapacidad o su responsable (según Resolución 360/22 – SSS). Deberá respetarse específicamente el modelo indicado por la SSS. – **Ver modelo.**
- Certificado de alumno regular de la Escuela Común donde se realizará la Integración ,indicando el correspondiente CUE (**indispensable**)
- En la Orden Médica debe indicarse CLARAMENTE si es Modulo de Maestro de Apoyo (solo un/a maestro/a) o Módulo de Apoyo a la Integración (AIE, cuando se trata de un equipo).
- Acta Acuerdo: firmada por las tres partes (escuela común, docente o Institución Integradora y responsable del beneficiario). Con fecha anterior al inicio de la prestación. En el caso de Institución Integradora deberá indicarse en el acta el nombre del docente que realiza la integración en la escuela. – **VER MODELO.**
- Título habilitante, con certificado de analítico de materias, en el caso de Maestro de Apoyo.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSS (RNP) y/o Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) en el caso de las Instituciones Integradoras.

- Inscripción ante la SSS que lo habilite a brindar prestación bajo la Modalidad de Integración.
- Informe de evaluación inicial: Deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, o con un nuevo prestador, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Deberá presentarlo el prestador tratante indicando el tratamiento sugerido, y el diagnóstico funcional, social y terapéutico, así como el requerimiento de apoyo propuesto,
- Informe evolutivo semestral.
- Plan de Tratamiento – Indicando datos del beneficiario y del prestador. Fecha anterior al inicio de la prestación, indicando objetivos de tratamiento y evolución del caso. Los planes de tratamiento de todas las especialidades deben estar referidos específicamente al beneficiario con sus particularidades y basados en los informes inicial y/o evolutivo correspondientes. No se dará curso a Planes de Tratamiento genéricos.
- Adaptaciones curriculares por materias, referidas específicamente a las particularidades del beneficiario. No se dará curso a modelos genéricos.
- Constancia de Inscripción ante AFIP.
- Nota de CBU.

***NOTA: EL MAESTRO DE APOYO NO PUEDE SER PSICOLOGO / A**

*MÓDULO MAESTRO DE APOYO: NO MENOS DE 24 HS.MENSUALES

*MÓDULO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR: NO MENOS DE 32 HS. MENSUALES.

4) TRANSPORTE

La cobertura de esta prestación se dará al beneficiario desde su domicilio hasta el domicilio donde se brindan las prestaciones (tratamientos, escuela), con el correspondiente regreso.

Se deberá tener en cuenta que la dependencia se considerará a partir de los **seis años** de edad.

Deberá adjuntar tabla FIM, firmada por Licenciado/a en Terapia Ocupacional en el caso del transporte a Instituciones o por el profesional tratante, en el caso del traslado a terapias ambulatorias.

Deberá enviar:

- Presupuesto Prestacional y Cronograma de Asistencia: (según Res 360/22)- **ver modelo.**

Deberá indicar:

- Fecha anterior al inicio de la prestación.
- Datos del profesional – (e mail, teléfono de contacto – CUIT).
- Datos del beneficiario (nombre y apellido, DNI.).
- Prestación brindada.
- Indicar domicilio donde se brindará la prestación.
- Período que abarca la prestación presupuestada.
- Importe total.
- Firma del Transportista.
- Conformidad transporte: Completo en todas sus partes y con firma del beneficiario con discapacidad y/o responsable con aclaración y DNI y vínculo.

Tener en cuenta:

- Fecha anterior al inicio de la prestación
 - Datos del Prestador – (e mail, teléfono de contacto – CUIT)
 - Datos del beneficiario (nombre y apellido, DNI.)
 - Período que abarca la prestación presupuestada (mes y año)
 - Domicilio de partida (dirección exacta: Calle, Número, Localidad, Provincia)
 - Domicilio de destino (dirección exacta: Calle, Número, Localidad, Provincia)
 - Agregar hoja impresa del recorrido del viaje, según Google Maps, o similar.
 - Cantidad de Km. por viaje
 - Importe diario
 - Importe mensual.
 - Valor por Km. (unitario)
 - Monto total mensual
 - Indicar si tiene dependencia.
-
- Habilitación Municipal (copia) vigente; y su renovación de producirse su vencimiento durante el periodo.
 - Registro/s habilitante/s (copia) del/los choferes; y su renovación de producirse su vencimiento durante el periodo.
 - Seguro con cobertura de personas transportadas (copia); y su renovación de producirse su vencimiento durante el periodo.

- Verificación Técnica Vehicular vigente (VTV).
- Constancia de Inscripción ante AFIP.
- Nota de CBU.

MODALIDAD DE FACTURACION.

CONDICIONES GENERALES.

Debe emitirse una sola factura por mes, por prestación, con fecha de emisión a mes de vencido de la prestación. En el caso de prestaciones mensualizadas brindadas por Instituciones, puede ser el último día hábil del mes de prestación.

Se deberá emitir factura en un todo de acuerdo con las Resoluciones AFIP en vigencia. (Facturas electrónicas)

Las facturas deben estar emitidas a nombre de la Obra Social, con domicilio en Buenos Aires, indicando claramente el CUIT y condición de la Obra Social ante IVA.

Deberán remitir la factura **únicamente** por mail, juntamente con la constancia de asistencia y/o prestación.

Profesionales / Instituciones (según corresponda)

- La factura deberá contener los siguientes datos:
- Nombre, apellido y DNI del beneficiario al que se le brinda la prestación.
- Período de prestación (mes y año)
- Tipo de prestación brindada (Psicología, Formación Laboral, Transporte, etc.)
- Cantidad sesiones / tipo de jornada / módulo / Categoría A,B o C – Dependencia SI/NO
- Importe total facturado
- Firma y sello del profesional o Responsable del Centro.

Transporte.

La factura deberá contener los siguientes datos:

- Nombre, apellido y DNI del beneficiario al que se le brinda la prestación.
- Período de prestación (mes y año)

- Tipo de prestación brindada (Ej: Transporte a Escuela, Psicología, Fonoaudiología),
- Origen y destino, cantidad de viajes mensuales
- Cantidad de Km. por viaje
- Cantidad de Km. mensuales por viaje
- Cantidad de Km. total del período.
- Indicar: Dependencia SI/NO
- Valor del Km.
P.ej: 44 viajes al colegio de 12 km. c/u a \$ 16.47= 528 km por mes
- Importe total facturado
- Firma y sello del transportista.

CONSTANCIA DE ASISTENCIA Y/O PRESTACIÓN. Ver modelo.

Deberán sacar fotocopia y enviar mensualmente con cada facturación.

Deberán adjuntar a la factura, la constancia de asistencia y/o prestación correspondiente al período facturado, cumplimentando todos los campos solicitados.

Se recuerda que la firma del profesional debe ser del que brinda efectivamente la prestación.

En el caso de Equipos de Apoyo a la Integración Escolar deberá figurar la firma del profesional que asiste al niño en el ámbito escolar (con firma y sello si es profesional; o DNI y/o Número de Registro si es maestra o profesora de educación especial).

En el caso de Módulos Intensivo y Simple, deberá ir la firma del profesional de cada especialidad, con su correspondiente firma y sello con matrícula.

En ambos casos, puede o no estar acompañada por la firma del Responsable de la Institución respectiva.

PLANILLA DE ASISTENCIA Y/O PRESTACIÓN

AFILIADO

PRESTACIÓN

PROFESIONAL

MES Y AÑO

Hora

Dia

Inicio

Finalización

Firma Profesional

Firma del Responsable

RESPONSABLE

FIRMA

FIRMA Y ACLARACIÓN

DNI

SELO Y MATRICULA

VÍNCULO

NOTA DE CBU

..... de de 20....

Señores:

Mediante la presente cumpla en informarles la cuenta bancaria donde podrán depositar mis pagos:

Cuenta: Caja de Ahorro \$ / Cuenta Corriente \$ (tachar lo que NO corresponda)

Banco y Número de Cuenta:

CBU (22 dígitos)

Denominación: (titular o empresa)

CUIT:

Beneficiarios a los que se les brinda prestación:

-
-
-
-
-
-

Sin otro particular saluda a Uds. muy atentamente,

Firma.....

Aclaración.....

E-mail.

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión:

Razón social del Prestador:

C.U.I.T. :

Domicilio donde se realiza la prestación:

.....

Correo electrónico de contacto:Teléfono:

Beneficiario:

D.N.I.:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar:.....Categoría:

En caso de corresponder:

Dependencia: SI - NO

Almuerzo: SI - NO

Matrícula anual:

Monto mensual:

Cantidad de sesiones mensualesMonto por sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	De:	De:	De:	De:	De:	De:
Horario	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y aclaración del prestador, con número de matrícula.

.....

CONFORMIDAD DE PRESTACIONAL.

Fecha: /...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:.....

Número de Afiliado/ D.N.I.:

Yo.....

con DNI 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 de la prestación: Desde.....hasta.....

2. Prestación:

Prestador:.....

Período de la prestación: Desde.....hasta.....

3. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: Desde.....hasta.....

4. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación: Desde.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

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

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre
de.....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados

Firma:.....

Aclaración:

Documento de Identidad:

PRESUPUESTO TRANSPORTE.

Fecha de emisión://

Razón social del prestador:

C.U.I.T.:

Mail de contacto: Teléfono:

Compañía de Seguros: Póliza N°:

Beneficiario: D.N.I.:

Período: desde: hasta:

Diagrama de traslados.

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km. por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslados.: Marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Valor del Km:

Total Km. mensuales.....

Adicional dependencia 35 %: SI - NO

Firma y aclaración del transportista:

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de afiliado y/o DNI:

Yo.....con DNI

.....doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo desde

.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR.

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

.....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:.....

Aclaración:

Documento de Identidad:



ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)
--

Nombre y apellido del beneficiario:.....

DNI:

FIM TOTAL	DOMINIO	CATEGORIAS	PUNTAJE
126 PUNTOS	MOTOR - 91 PUNTOS	AUTOCUIDADO	
		1.- Alimentación	
		2.- Arreglo personal	
		3.- Baño	
		4.-Vestido hemicuerpo superior	
		5.-Vestido hemicuerpo inferior	
		6.- Aseo perineal	
		CONTROL ESFINTERES	
		7.- Control de vejiga	
		8- Control de intestino	
		MOVILIDAD	
		9.- Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10.- Traslado al baño	
		11.- Traslado a bañera o ducha	
		AMBULACION	
		12.- Caminar / desplazarse en silla de ruedas	
	13.- Subir y bajar escaleras		
	COGNITIVO 35 PUNTOS	COMUNICACIÓN	
		14.- Comprensión	
		15.- Expresión	
		CONOCIMIENTO SOCIAL	
16.- Interacción social			
17.- Solución de problemas			
	18.- Memoria		
TOTAL			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7.- Independencia completa
	6.- Independencia modificada
Dependencia modificada	5.- Supervisión
	4.- Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3.- Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2.- Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1.- Asistencia total (menor del 25% de independencia)

JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA

Nombre y Apellido del
beneficiario:.....

D.N.I.:.....

JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA EN:

.....

Evaluación global – Datos relevantes para la modalidad

Indique conceptos en base a la evaluación fisiátrica y neuro-psicológica realizada, los niveles
funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sellos del/los profesionales intervinientes

Fecha:dede 20.....

ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

(O MAESTRO DE APOYO)

En la Ciudad de a los días del mes dedel año y siendo lashoras, se reúnen en el Establecimiento ubicado en la callede la Ciudad deel / la director/ay el / la docente de Apoyo a la Integraciónal solo efecto de celebrar la firma del ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR, con el fin de brindar Apoyo al proceso de integración escolar al alumno /aque cursaTurno

La Maestra de Apoyo y la Escuela Integradora, acuerdan:

- La Maestra de Apoyo asistirá a la Escuela Integradora los días.....en la franja horaria dehs. ahs.
- Acompañar el proceso de integración del alumno.
- Brindar asesoramiento permanente a las docentes integradoras.
- Elaborar en forma conjunta, las adecuaciones curriculares en función de las necesidades educativas del alumno, sean éstas de espacio, tiempo, contenido y/o materiales.
- Orientar acerca del material a utilizar en los diferentes espacios curriculares.
- Sugerir la adaptación de estrategias y contenidos.
- Participar de reuniones de padres, cuando la escuela integradora lo solicite, previo acuerdo de horarios.
- Habilitar un cuaderno de comunicaciones, mediante el cual los docentes puedan solicitar información y manifestar inquietudes.
- Dar a conocer a los padres, la modalidad de trabajo entre la escuela inclusiva y el servicio de Apoyo a la Integración.

Siendo las.....horas, se da por finalizada la firma acuerdo.

.....

Firma del responsable del beneficiario
(con aclaración., DNI y vínculo)

.....

Firma del directivo y sello de la
Institución.

.....

Firma Del/la Maestro/a de Apoyo
(Con aclaración y matrícula o DNI)