

Instructivo | Discapacidad

Prestaciones educativas



GESTIÓN DE DISCAPACIDAD | Contactos del equipo interdisciplinario

Teléfonos directos: (011) 5199-6262 / (011) 5199-7673.

Línea WhatsApp: +54 911 3244-3021.

Correo electrónico: discapacidad@ospedyc.org.ar

Horario de atención: lunes a viernes de 11 a 17 H.

Instructivo para cobertura de prestaciones del sistema básico para personas con Discapacidad – Año 2022

PRESTACIONES EDUCATIVAS O ASISTENCIALES

ESCUELA ESPECIAL, CENTRO DE DÍA O CET (CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO) :

Prescripción médica: la misma debe ser original. Indicando nombre, apellido, número de afiliado/a, diagnóstico del beneficiario/a y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir (febrero a diciembre del 2022). **LEGIBLE y con fecha ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.**

Debe indicar el tipo de jornada simple o doble y el periodo (ejemplo: EGB- CET- CENTRO DE DÍA jornada simple de marzo a diciembre de 2022).

- 1.** Consentimiento (**Anexo 6 “A” Instituciones**).
- 2.** Presupuesto (**Anexo 7**).
- 3.** Propuesta pedagógica acorde al estado clínico actual del paciente con objetivos concretos y reales a desempeñar durante el ciclo lectivo.
- 4.** Informe final evolutivo (del período anterior finalizado)
- 5.** Constancia de inscripción de AFIP, Categorización de la Agencia Nacional de Discapacidad (ex SNR) de las Instituciones a brindar la prestación educativa.

INTEGRACIÓN ESCOLAR/MAESTRO DE APOYO:

Prescripción médica: la misma debe ser original. Indicando nombre, apellido, número de afiliado/a, diagnóstico del beneficiario/a y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir (febrero a diciembre del 2022). **LEGIBLE y con fecha ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.**

Si se trata de:

Equipos Interdisciplinarios categorizados.

- 1.** La prescripción médica deberá indicar **Modulo de Apoyo a la integración Escolar.**
- 2.** Consentimiento Informado Bilateral (**Anexo 6 “A” Instituciones categorizadas**).
- 3.** Presupuesto (**Anexo 7**).
- 4.** Informe final evolutivo.

5. Informe de la escuela justificando la integración
6. Adaptaciones curriculares o Plan Pedagógico Individual confeccionado por la institución que realizará la integración escolar.
7. Categorización de la ANDIS. Constancia de inscripción de AFIP
8. Constancia de alumno regular.
9. Acta acuerdo (**Anexo 8**) firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.
10. *Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.*

Profesional independiente (Psicopedagoga, Prof. de Educación Especial o Licenciada en Ciencias de la Educación).

1. En este caso la prescripción médica deberá indicar **Maestro de Apoyo**, indicando si es módulo (32 h. mensuales como mínimo) u horas (deberán consignar cuántas horas semanales).
2. Consentimiento (**Anexo 6 "B"**) (profesionales independientes).
3. Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de maestro de apoyo.
4. Presupuesto (**Anexo 7**).
5. Informe final evolutivo.
6. Informe de la escuela justificando la integración
7. Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionado por profesional / equipo tratante.
8. Constancia de inscripción de AFIP
9. Constancia de alumno regular.
10. Acta acuerdo (**Anexo 8**) firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.

ANEXO 6 – CONSENTIMIENTO – “A”

DISCAPACIDAD - INSTITUCIONES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestaciones a brindar: (según mecanismo INTEGRACION)

Tipo de jornada (Simple o Doble): _____ Dependencia (S/N): _____

Matricula (\$): _____ Monto mensual (\$): _____ Categoría: _____

Periodo Cielo Lectivo, Desde: Hasta:

Cronograma de asistencia:

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Observaciones

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI Firmante:

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

ANEXO 6 – CONSENTIMIENTO – “B”

**DISCAPACIDAD - ESPECIALIDADES
PLAN DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO**

Lugar y Fecha de Emisión: _____

Razón Social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre Beneficiario _____

DNI: _____

Prestación/Especialidad:(según mecanismo INTEGRACION)	Cantidad Sesiones	Monto Sesión (\$)	Monto mensual (\$)

Período Ciclo Lectivo, Desde: _____ Hasta: _____

Cronograma de asistencia:

DIAS HORARIO	Lunes De/A:	Martes De/A:	Miércoles De/A:	Jueves De/A:	Viernes De/A:	Sábado De/A:
Esp						
Esp						
Esp						

Observaciones

Firma Responsable de Institución

Aclaración:

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____

DNI: _____ Nro Beneficiario: _____

Firma Beneficiario o representante: Aclaración: _____
DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

ANEXO 7 PRESUPUESTO DE PRESTADOR


FECHA DE EMISIÓN ____ / ____ / ____

BENEFICIARIA/O

Apellido/s y nombre/s: _____ DNI: _____

Prestación/especialidad: _____

Tipo de jornada a realizar: _____

Categoría: _____

Período: _____ Monto mensual: \$ _____ Monto por sesión: \$ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia)

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas	De: _____ horas
A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas	A: _____ horas

PRESTADOR

Apellido/s y nombre/s o entidad: _____

Domicilio de atención: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

 CBU (22 dígitos): _____ Tipo de cuenta: Caja de ahorro Cuenta corriente

Banco: _____ CUIT: _____

Condición frente al IVA: _____ Ingresos brutos: _____

Tomo conocimiento que la falta de alguno de los datos aquí referidos imposibilitan mi alta como prestador y la emisión de la correspondiente autorización.

 Firma y sello

 Aclaración

ANEXO 8

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Completar todos los campos del formulario

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 el / la maestra de apoyo que llevará a cabo la integración..... y / o el equipo de apoyo a la integración escolar representado por la familia del niño/a..... con DNI.....Para llevar a cabo la integración de niño/a en el año / sala..... turno en los días y horarios:

LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES

Desde.....

Hasta.....

La institución educativa y la maestra de apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al niño/a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar de 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.

- El cumplimiento de la carga horaria establecida en el Marco Básico de Organización para personas con Discapacidad (Res. 1328/06 – MS)
- 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.
- Sostener que el alumno 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.

La continuidad del alumno en el proyecto de integración escolar será evaluada por el colegio y maestro de apoyo / 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:

- Incumplimiento de los ítems mencionados UT-supra.
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
- Modificaciones importantes en la conducta.
- Detectarse incumplimiento en la asistencia del profesional declarado para el acompañamiento áulico, y toda vez que este sea realizado por otro profesional no declarado.

Firma y sello de la Escuela Común donde se realizará la integración:

Aclaración.....

Firma del padre / madre / tutor:

Aclaración.....

Firma y sello de maestro/a

Aclaración.....

Firma y sello de Institución / Equipo de AIE

Aclaración.....