

Instructivo | Discapacidad

Prestaciones educativas

Índice

1. [Prestaciones educativas o asistenciales](#)
2. [Centro de día](#)
3. [Módulo de apoyo a la integración escolar con centros categorizados \(MAIE\)](#)
4. [Módulo de maestro/a de apoyo / Maestro/a de apoyo por hora](#)
5. [Anexo 6A](#)
6. [Anexo 6B](#)
7. [Anexo 7](#)
8. [Anexo 12](#)

Instructivo para cobertura de prestaciones del sistema básico para personas con Discapacidad

2. PRESTACIONES EDUCATIVAS O ASISTENCIALES

ESCUELA ESPECIAL - CET (CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO):

1- Orden médica: la misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de beneficiario/a, diagnóstico y período de cobertura del tratamiento a seguir y con fecha de prescripción anterior al periodo solicitado.

Por ejemplo: "Solicito escuela especial jornada simple desde febrero a diciembre 2027".

Por ejemplo: "Solicito CET jornada simple desde enero a diciembre 2027".

2- Consentimiento (**Anexo 6 "A" Instituciones**).

3- Presupuesto (**Anexo 7**).

4- Propuesta pedagógica acorde al estado clínico actual del/la paciente con objetivos concretos y reales a desempeñar durante el ciclo lectivo.

5- Informe final evolutivo (del período anterior finalizado) o informe de admisión.

6- Constancia de inscripción de ARCA (ex AFIP).

7- Categorización de la Agencia Nacional de Discapacidad (ex SNR) de las instituciones a brindar la prestación educativa.

3. CENTRO DE DIA:

1- Orden médica: la misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de beneficiario/a, diagnóstico y período de cobertura del tratamiento a seguir (12 meses consecutivos) y con fecha de prescripción anterior al periodo solicitado.

Por ejemplo: "solicito centro de día jornada simple desde enero a diciembre 2027".

Por ejemplo: "solicito centro de día jornada simple desde abril 2026 a marzo 2027".

2- Consentimiento (**Anexo 6 "A" Instituciones**).

3- Presupuesto (**Anexo 7**).

4- Propuesta pedagógica acorde al estado clínico actual del/la paciente con objetivos concretos y reales a desempeñar durante el ciclo lectivo.

5- Informe final evolutivo o informe de admisión.

6- Constancia de inscripción de ARCA (ex AFIP).

7- Categorización de la Agencia Nacional de Discapacidad (ex SNR) de las instituciones a brindar la prestación educativa.

4. MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR CON CENTROS CATEGORIZADOS (MAIE)

El módulo comprende una carga horaria mínima de 32 horas semanales y podrá ser brindado por instituciones categorizadas para AIE, CET, modalidades de educación especial inicial/pre primaria y educación general básica primaria.

1- Orden médica: la misma debe ser original, indicando nombre, apellido, número de afiliado/a, diagnóstico y período de cobertura del tratamiento a seguir y con fecha de prescripción anterior al periodo solicitado.

Por ejemplo: "solicito módulo de apoyo a la integración escolar desde febrero a diciembre 2026".

2- Consentimiento Informado Bilateral (**Anexo 6 "A" Instituciones categorizadas**).

3- Presupuesto (**Anexo 7**).

4- Informe final evolutivo o informe de admisión

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 Agencia Nacional de Discapacidad (ex SNR) de las instituciones a brindar la prestación educativa.

8- Constancia de inscripción de ARCA (ex AFIP).

9- Constancia de alumno regular.

10- Acta acuerdo (**Anexo 12**) firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

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

5. MÓDULO DE MAESTRO/A DE APOYO / MAESTRO/A DE APOYO POR HORA (Psicopedagogo/a, Prof. de Educación Especial o Lic. en Ciencias de la Educación)

1-

A- Módulo de maestro/a de apoyo, en este caso la prescripción médica deberá indicar módulo de maestro/a de apoyo (32 horas mensuales como mínimo) con el nombre, apellido, número de beneficiario/a, diagnóstico del beneficiario/a y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir (marzo a diciembre de 2027) y con fecha anterior al periodo solicitado.

B- Maestro/a de apoyo por hora, en este caso la prescripción médica deberá solicitar maestro/a de apoyo por hora, detallando la cantidad de horas mensuales, siendo inferior a 32 horas con el nombre, apellido, número de beneficiario/a, diagnóstico del beneficiario/a y el periodo de cobertura del tratamiento a seguir (marzo a diciembre de 2027) y con fecha anterior al periodo solicitado.

2- Consentimiento (Anexo 6 “B”).

3- Presupuesto (Anexo 7).

4- Informe final evolutivo o informe de admisión.

5- Informe de la escuela a la que asiste el/la alumno/a justificando la integración.

6- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionado por el/la profesional/equipo tratante.

7- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de maestro/a de apoyo.

8- Constancia de inscripción de ARCA (ex AFIP).

9- Constancia de alumno/a regular.

10- Acta acuerdo (Anexo 12) firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

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

6. Anexo 6A

ANEXO 6A INSTITUCIONES PLAN DE CONSENTIMIENTO		 La Obra Social de UTEDYC			
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN		_____ / ____ / ____			
PRESTADOR					
Razón Social: _____					
Domicilio de atención: _____					
Localidad/Provincia: _____ Teléfono: _____					
BENEFICIARIA/O					
Apellido/s y nombre/s: _____ DNI - LC - LE: _____					
PRESTACIONES A BRINDAR (SEGÚN MECANISMOS DE INTEGRACIÓN)					
_____ _____ _____					
Tipo de jornada: Simple ☐ Doble ☐ Dependencia (S/N) _____					
Matrícula: \$ _____ Monto mensual: \$ _____ Categoría: _____ Período ciclo lectivo: Desde _____ Hasta _____					
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.
EN CASO DE DEPENDENCIA, INDICAR LOS APOYOS BRINDADOS:					
_____ _____ _____					
_____ Firma responsable de la Institución			_____ Aclaración		
CONSENTIMIENTO					
Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario/a					
_____ DNI: _____ N° de beneficiario/a _____					

Firma beneficiario/a o representante	Aclaración	DNI firmante	Lugar y fecha de consentimiento		

F. 7006-A

7. Anexo 6B

6-B CONSENTIMIENTO	 La Obra Social de UTEDYC				
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN _____ / ____ / ____					
PRESTADOR					
Razón Social: _____ Domicilio de atención: _____ Localidad/Provincia: _____ Teléfono: _____					
BENEFICIARIA/O					
Apellido y nombre: _____ DNI - LC - LE: _____					
PRESTACIÓN/ESPECIALIDAD (SEGÚN MECANISMOS DE INTEGRACIÓN)					
Cantidad de sesiones: _____ Monto sesión: \$ _____ Monto mensual: \$ _____ _____ _____ _____					
Período ciclo lectivo: Desde _____ Hasta _____					
CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (indicar el horario en cada día de asistencia)					
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____	De: _____ hasta: _____
ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____
ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____
ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____	ESP. _____
OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____ _____ Firma responsable de la Institución _____ Aclaración					
CONSENTIMIENTO					
Por la presente dejo constancia de mi consentimiento del programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiaria/o _____ DNI: _____ N° de beneficiaria/o _____ _____ _____ Firma beneficiario o representante _____ Aclaración _____ DNI firmante					

F. 7006B

8. Anexo 7

ANEXO 7 PRESUPUESTO DE PRESTADOR		 La Obra Social de UTEDYC			
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					

9. Anexo 12

Página 1 de 2. Se deben completar todas las páginas.

ANEXO 12 ACTA ACUERDO		 La Obra Social de UTEDYC		
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
De: _____ horas A: _____ horas	De: _____ horas A: _____ horas	De: _____ horas A: _____ horas	De: _____ horas A: _____ horas	De: _____ horas A: _____ horas
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.				

Página 2 de 2. Se deben completar todas las páginas.

ANEXO 12 ACTA ACUERDO



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