

PRESTACIONES EDUCATIVAS (ESCOLARIDAD ESPECIAL)

ESCOLARIDAD PRE PRIMARIA

Proceso educativo especial correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello. Escuelas categorizadas para brindar esta prestación.

ESCOLARIDAD PRIMARIA

Proceso educativo especial programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

FORMACION LABORAL

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

Los establecimientos en los cuales se brindan estos abordajes deben estar debidamente categorizados para tal fin. En el siguiente link encontrará las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar las mismas:

<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

[Para poder solicitar la autorización de alguna de estas prácticas, deberá presentar de manera excluyente los siguientes documentos \(tenga en cuenta que quedarán sujetas a auditoría, el hecho de presentar la carpeta documental no supone una prestación autorizada\)](#)

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de tratamiento)

1. Orden médica (en la misma debe constar tipo de jornada de manera excluyente):

<p>RP/ Nombre y Apellido: DNI</p> <p>Solicito: EDUCACIÓN ESPECIAL, NIVEL EGB O INICIAL / FORMACIÓN LABORAL, TIPO DE JORNADA</p> <p>PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMBRE 2025 Diagnostico:</p> <p>FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. Ej. Fecha: 30/12/2024</p>
--

2. Resumen de historia clínica completa ORIGINAL (Adjuntar planilla N° 012)
3. Certificado de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL (Adjuntar planilla N° 002)

4. Informe evolutivo del año 2024 - en caso que haya concurrido a la escuela. Este informe debe tener fecha siempre diciembre 2024 y deberá enviar informe evolutivo cada 6 meses.
5. Informe de evaluación inicial: al comienzo de una nueva prestación. En el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

El informe evolutivo/de evaluación inicial deberá tener: - periodo de abordaje; - modalidad de la prestación; - descripción del tratamiento que aborda, y - resultados alcanzados. Siempre debe estar firmado y sellado por el prestador.

6. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica):

Objetivos a corto y mediano plazo

Modalidad de abordaje

7. Presupuesto: días, horarios y periodo – valor mensual según resolución vigente
8. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
9. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
10. Habilitación
11. Seguro de la institución
12. Constancia de opción / inscripción en la Afip
13. Constancia de CBU emitida por banco, donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit, número de CBU (**socios privados/particulares exentos de esta presentación**)
14. ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001- 002 -004- 006 y 012 (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal)



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que en su continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1 . Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2 . Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3 . Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4 . Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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 detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto: Teléfono: _

Beneficiario: DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar: Categoría:

Período: desde: hasta:

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual:

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales: Monto por Sesión:

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

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

Firma y Aclaración del Prestador.

Resumen de Historia Clínica

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DE DNI: _____

DIAG. SEGÚN CUD: _____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.)

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico.)

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):

Firma del médico tratante: _____

Aclaración: _____

Fecha de emisión: _____

PRESTACIONES INSTITUCIONALES//EDUCATIVAS

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

PRESTACIÓN: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

TIPO DE JORNADA: SIMPLE DOBLE

Categoría: A B C *Prestación con dependencia:* SI NO

CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS

DÍAS Y HORARIOS:

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2025

VALOR MENSUAL: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del prestador

_____ con CUIT N° _____ a efectuarse en el domicilio

_____ en la localidad de _____ durante el período de

_____ hasta _____ 2025.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Directivo Responsable de la Institución: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)

Fecha: _____

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra social:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ___/___/___

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

❖ Caja de Ahorro N°: _____

❖ CBU: _____

❖ Banco Emisor: _____

❖ E-mail: _____

❖ Confirmar E-mail: _____

Adjuntar extracto de constancia de CBU para validar esta información

Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte /
Responsable de la Institución

Aclaración

DNI

CONSTANCIA 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 2025 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: _____