

PRESTACIONES EDUCATIVAS (INTEGRACIONES ESCOLARES)

MÓDULO APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR Y EQUIPO

Los servicios educativos de apoyo a las instituciones de educación común tienen por objeto ofrecer los apoyos específicos para la evaluación y la atención de alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes, dentro del ámbito de la educación común. Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo. El equipo de apoyo técnico especializado podrá pertenecer a una escuela especial, CET con integración escolar o actuar independientemente. Este equipo capacitado para tal fin deberá articular y coordinar su accionar con el equipo docente profesional de la escuela común donde el niño concurra 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 específico e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional. Si el niño con necesidades educativas especiales requiere mayor cantidad de horas de apoyo, el servicio de integración escolar deberá arbitrar los medios necesarios para la inclusión integral del niño.

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>

MAESTRA DE APOYO / MÓDULO MAESTRA DE APOYO

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común (excluyente), EXCLUSIVAMENTE por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES tanto profesora o maestra especial con título habilitante. El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria de 20hs. Semanales. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

[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 **MÓDULO APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR Y EQUIPO** para la autorización de esta prestación:

(la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio de tratamiento)

1. Orden médica

<p>RP/ Nombre y Apellido: DNI</p> <p>Solicito: MÓDULO DE APOYO A LA INT. ESC. Y EQUIPO PERIODO: DE FEBRERO (O MARZO) A DICIEMBRE 2025</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. Ej. Fecha: 30/12/2024</p>

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

4. Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; institución educativa común; institución que brinda la integración escolar **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 007). Tanto la constancia y el acta tiene que ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
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.
6. **Informe evolutivo** del año 2024 - en caso que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre diciembre 2024 y deberá enviar informe evolutivo cada 6 meses. 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 prestador.
7. **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 o Adaptaciones curriculares
 - 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 - Seguro de la institución - Constancia de opción / inscripción en la Afip
11. 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**).
12. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-002-004-007-008 y 012** (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB).

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

1. Orden Médica

<p>RP/ Nombre y Apellido: DNI</p> <p>Solicito: MÓDULO MAESTRA DE APOYO, CANTIDAD DE HORAS SEMANALES</p> <p>PERIODO: DE FEBRERO (O MARZO) A DICIEMBRE 2025</p> <p>Diagnóstico:</p> <p>FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. Ej. Fecha: 30/12/2024</p>

2. Resumen de historia clínica ORIGINAL (Adjuntar planilla N° 012)
3. Certificado de Alumno Regular (CAR) ORIGINAL (Adjuntar planilla N° 002)
4. Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; institución educativa común; institución que brinda la integración escolar ORIGINAL (Adjuntar planilla N°007). Tanto la constancia como el acta, tienen que ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
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.

6. 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. 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 prestador.

7. 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
- Adaptaciones curriculares
- Presupuesto: días, horarios y periodo – valor mensual según resolución

8. Título habilitante y analítico.

9. RNP en caso de psicopedagogo/a.

10. Seguro de mala praxis / responsabilidad civil.

11. Constancia de opción / inscripción en la AFIP.

12. 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)**.

13. ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-002-004-007-009 y 012 (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB).



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: _____

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR CON EQUIPO

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

Cantidad de horas diarias: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS

DÍAS Y HORARIOS:

Institución / Escuela en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio de la institución: _____ N°: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2025

VALOR MENSUAL: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del Equipo

_____ 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: _____

MAESTRA DE APOYO

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

Cantidad de horas diarias: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD AULICA

DÍAS Y HORARIOS:

Institución / Escuela común en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio de la institución: _____ N°: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2025

VALOR HORA / MENSUAL: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del profesional

_____ a efectuarse en el

domicilio _____ en la localidad de

_____ durante el período de _____ hasta _____

2025.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del profesional: _____

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: _____

ACTA DE ACUERDO INTEGRACIÓN
ESCOLAR

Fecha:
Apellido y Nombre:

Lugar de emisión: _____

En el día de la fecha se establece el siguiente acuerdo entre las partes presentes:

<u>PARTES INTERVINIENTES</u>	<u>REPRESENTANTES</u>	<u>DNI</u>
Escuela		
Maestra de Apoyo / Equipo de Integración Escolar		
Familia		

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

- Atender al alumno/a 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 la Escuela

Firma y sello Maestra/o // Equipo Integrador

Aclaración

Aclaración

Firma del Responsable del Alumno

Aclaración