



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL NAVAL

INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD PARA EL AÑO 2026

La Obra Social cuenta con un equipo interdisciplinario en discapacidad (EIDD), que tiene por función realizar seguimientos y evaluaciones de los procesos terapéuticos y educativos y brindar orientación a la familia, es el nexo principal entre padres/madres/tutores y la Obra Social.

Cuenta además con un equipo administrativo en discapacidad que se encarga de la parte administrativa, valga la redundancia, y entre sus funciones están las de emitir aprobaciones de presupuesto, solicitar documentación, recepcionar facturas, realizar la carga en el Sistema de Integración, dar información acerca de pagos, etc. Este es el nexo entre prestadores y la Obra Social.

Toda la documentación solicitada está sujeta a modificación según resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud y, teniendo en cuenta la resolución 1743/2024, y sus modificaciones hacemos llegar a Uds. el ***Instructivo de Discapacidad para el año 2026.***

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO:

- FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE PARA EL PERÍODO PRESENTADO (dos copias).
- FOTOCOPIA DEL D.N.I.
- FOTOCOPIA DEL CARNET VIGENTE.
- EN CASO DE SER MONOTRIBUTISTA FOTOCOPIA DE LOS ÚLTIMOS 6 PAGOS.

DOCUMENTACIÓN DEL MÉDICO

- PRESCRIPCIÓN ORIGINAL CON FECHA ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO REALIZADO (anexo 1).
- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICO PARA DISCAPACIDAD ORIGINAL CON FECHA ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO (anexo 2)
- SOLICITUD DE TRANSPORTE (anexo 3)
- EN LOS CASOS DE SOLICITAR DEPENDENCIA SE DEBERÁ PRESENTAR EL INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) CONFECCIONADO POR T.O O MÉDICO TRATANTE.

ANEXO 1
PRESCRIPCIÓN MÉDICA

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

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento: DNI:

Diagnóstico:

.....

.....

.....

SOLICITUD MÉDICA INDICANDO PRESTACIONES SOLICITADAS PARA EL 2026

(se deberá indicar con una X en donde correspondiera y especificar lo solicitado según corresponda)

☐	CENTRO DE DÍA Periodo: Jornada: Simple Doble.....
☐	CENTRO EDUCATIVO TERAPEÚTICO Periodo: Jornada: Simple Doble.....
☐	FORMACIÓN LABORAL Periodo: Jornada: Simple Doble.....
☐	APRESTAMIENTO LABORAL Periodo: Jornada: Simple Doble.....
☐	ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA Periodo: Jornada: Simple Doble.....
☐	ESCOLARIDAD PRIMARIA Periodo: Jornada: Simple Doble.....

☐	HOGAR <i>Periodo:</i> <i>Dependencia: SI – NO</i>
☐	HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR: <i>Periodo:</i> <i>Dependencia: SI – NO</i>
☐	HOGAR PERMANENTE <i>Periodo:</i>
☐	HOGAR PERMANENTE CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR: <i>Periodo:</i>
☐	PEQUEÑO HOGAR <i>Periodo:</i>
☐	PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE <i>Periodo:</i>
☐	INTEGRACIÓN ESCOLAR (MAESTRA DE APOYO ó MÓD. DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)) <i>Cantidad de horas semanales:</i> <i>Periodo:</i>
(AFILIADOS DE 1 A 6 AÑOS)	
ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN:	
☐	CENTRO
☐	PRESTACIONES (ESPECIFICAR CUÁL/ES Y CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES)
<i>Prestación:</i>	
<i>Cantidad de sesiones por semana:</i>	
<i>Periodo:</i>	
 <i>Prestación:</i>	
<i>Cantidad de sesiones por semana:</i>	
<i>Periodo:</i>	

Prestación:
Cantidad de sesiones por semana:
Periodo:

Prestación:
Cantidad de sesiones por semana:
Periodo:

REHABILITACIÓN:

☐

HOSPITAL DE DÍA

☐

INTERNACIÓN

☐

MÓDULO INTEGRAL

SIMPLE..... INTENSIVO.....

Periodo:

☐

PRESTACIÓN DE APOYO (CUÁL Y CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES)

Prestación:
Cantidad de sesiones por semana:
Periodo:

Prestación:
Cantidad de sesiones por semana:
Periodo:

Prestación:
Cantidad de sesiones por semana:
Periodo:

Prestación:
Cantidad de sesiones por semana:
Periodo:

Prestación:
Cantidad de sesiones por semana:
Periodo:

Prestación:
Cantidad de sesiones por semana:
Periodo:

☐

TRANSPORTE

LUGAR DE PARTIDA:

.....
.....
.....

LUGAR DE DESTINO:

.....
.....
.....

Periodo:

Dependencia: SI – NO

ALIMENTACIÓN

Periodo:

.....
Firma y Sello del Médico Tratante

ANEXO 2
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre y Apellido:

Domicilio:

Fecha de nacimiento: Edad: Sexo:.....

Documento tipo y número: Nº de Beneficiario:

Nacionalidad:

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:

.....

Teléfono de contacto:

Diagnóstico:

.....

.....

Plan terapéutico indicado: (Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación del Prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento):

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma y Sello del Médico Tratante

ANEXO 3 SOLICITUD DE TRANSPORTE

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI-LE-CI-LC:.....

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES:.....

TURNO HORARIO:.....

DIAGNOSTICO:.....

DSM V-CIE X:.....

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE LA SOLICITUD DE TRANSPORTE:.....

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello del Médico Tratante

ÍTEMS GENERALES A TENER EN CUENTA

- NO SE AUTORIZARÁ LA COBERTURA SIMULTÁNEA DE ESCUELA ESPECIAL Y APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.
- NO SE AUTORIZARÁ LA COBERTURA SIMULTÁNEA DE CET Y APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.
- SÓLO SE AUTORIZARÁ DEPENDENCIA PARA AFILIADOS MAYORES DE 6 AÑOS.
- NO SE ABONARÁN LOS KILÓMETROS AUTORIZADOS QUE NO HAYAN SIDO REALIZADOS (ESTO INCLUYE EL PERÍODO DE RECESO ESCOLAR DE LAS INSTITUCIONES O PERÍODO DE VACACIONES DEL BENEFICIARIO QUE NO CONCURRIESE A LAS PRESTACIONES).
- NO SE AUTORIZARÁN HORAS DE ESPERA NI RECORRIDOS QUE NO IMPLEQUEN LA IDA Y VUELTA DEL PACIENTE; ASIMISMO, SERÁN TOMADOS COMO VÁLIDOS LOS RECORRIDOS DIARIOS EFECTIVAMENTE REALIZADOS, CORROBORADOS CON LOS CRONOGRAMAS DE LAS PRESTACIONES CORRESPONDIENTES.
- EN TODOS LOS CASOS Y PARA TODAS LAS PRESTACIONES, SE AUTORIZARÁ EL VALOR ESTIPULADO SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE.
- DEBE EXISTIR TOTAL COINCIDENCIA ENTRE LO QUE PRESCRIBE LA ORDEN MÉDICA Y EL PRESUPUESTO DEL PRESTADOR.
- EN NINGUN CASO LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SIGNIFICARÁ LA AUTORIZACIÓN DE LA COBERTURA SOLICITADA; EL LEGAJO REQUIERE EL ANÁLISIS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD.
- NO SE AUTORIZARÁN PRESTACIONES SUPERPUESTAS.
- LA FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN Y DEL PRESUPUESTO DEBERÁ SER ANTERIOR AL PERÍODO QUE SOLICITA.
- EL INICIO DE LAS PRESTACIONES SIN AUTORIZACIÓN PREVIA RESULTARÁ NETA RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR Y DEL BENEFICIARIO. ESTA SITUACIÓN NO OBLIGA A OSPENA A CUBRIR LAS PRESTACIONES.
- PARA BRINDAR EL TRATAMIENTO, EL PRESTADOR DEBERÁ TENER LA AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL VÍA MAIL, CASO CONTRARIO, PREVIO A LA AUTORIZACIÓN LA OBRA SOCIAL NO SE RESPONSABILIZARÁ DE LA PRESTACIÓN BRINDADA NI DEL PAGO DE LA MISMA.

- EN CASO DE CONSIDERARLO PERTINENTE, EL EIDD PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA ADICIONAL.
- LA COBERTURA DE LAS PRESTACIONES EN DISCAPACIDAD QUEDARAN SUJETAS A LA VIGENCIA DEL CUD.
- ANTE CUALQUIER CONSULTA EL MAIL DE CONTACTO:
 - EIDD OSPENA: equipodiscapacidadospena@gmail.com
 - Administración Sr. Guillermo: discapacidad.ospena@gmail.com
 - TELÉFONO: (011) 4301-7697
 - WHATSAPP EIDD: 1136930867

ÍTEMS DE FACTURACIÓN A TENER EN CUENTA (PRESTADORES)

- LAS FACTURAS SE RECIBIRAN VÍA MAIL A discapacidad.ospena@gmail.com DEL01 AL 10 DE CADA MES POSTERIOR AL PERÍODO QUE SE ESTÉ PRESENTANDO. LAS FACTURAS RECIBIDAS LUEGO DE ESA FECHA SE PRESENTARÁN AL MES SIGUIENTE.
- JUNTO CON CADA FACTURA DEBERÁ ADJUNTARSE LA PLANILLA DE ASISTENCIA CON FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR Y FIRMA Y ACLARACIÓN DE BENEFICIARIO, PADRE, MADRE, O TUTOR. SIN LA PLANILLA NO SE RECIBIRÁ LA FACTURA.
- SOLAMENTE SE ACEPTARAN FACTURAS CORRESPONDIENTES A PRESTACIONES BRINDADAS EN PERIODOS QUE NO EXEDAN LOS 60 DIAS ANTERIORES AL INICIO DEL MES EN CURSO.
- UNA VEZ QUE SE HAYA RECIBIDO EL PAGO, ES RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR REMITIR A discapacidad.ospena@gmail.com EL RECIBO QUE ESPECIFIQUE EL NÚMERO DE LA FACTURA QUE SE ABONÓ Y EN MONTO. EN CASO DE NO REMITIRLO NO SE RECIBIRÁ LA FACTURACIÓN.

LOS INFORMES SEMESTRALES Y FINALES SE DEBERAN ENVIAR A equipodiscapacidadospena@gmail.com.

- LA FACTURACIÓN DEBERÁ TENER:
 - NOMBRE COMPLETO DE LA OBRA SOCIAL.
 - CUIT DE LA OBRA SOCIAL: 30-58737574-1
 - CONDICIÓN FRENTE AL IVA: EXENTO.
 - NOMBRE COMPLETO, DNI Y N° DE BENEFICIARIO DEL AFILIADO.
 - TIPO DE PRESTACIÓN BRINDADA.
 - CANTIDAD DE SESIONES MENSUALES FACTURADAS
 - VALOR UNITARIO DE LA SESIÓN Y VALOR TOTAL MENSUAL.
 - PERÍODO (MES Y AÑO).
 - NÚMERO DE RESOLUCIÓN VIGENTE.
 - INDICAR SI ES CON DEPENDENCIA Y/O ALMUERZO.
 - PARA LOS CASOS DE TRANSPORTE ADEMÁS SE DEBERÁ ESPECIFICAR: DIRECCIÓN DE ORIGEN, DIRECCIÓN DE DESTINO, CANTIDAD DE KM POR VIAJE, CANTIDAD DE KM TOTAL MENSUAL, VALOR DEL KM, VALOR TOTAL MENSUAL.

DOCUMENTACION DEL PRESTADOR

Prestaciones de apoyo / terapias individuales:

Se denomina prestación de apoyo a aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad.

Esta prestación se recomienda realizarla en los centros de rehabilitación que trabajan interdisciplinariamente categorizados para estos fines en la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (ANDIS).

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: (la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):

- Constancia de alumno regular 2026 (en caso de asistir a institución educativa).
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento (ANEXO 4).
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia (ANEXO 6).
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador, si lo tuviese.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del consultorio.
- Constancia de Afip del prestador.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.
- Matrícula profesional.
- Título doble faz del profesional.

ATENCIÓN: La institución debe brindar el módulo integral y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.

En el caso de realizar un cambio de profesional, la familia, deberá presentar nota de cambio de prestador / baja de prestador.

Módulo de Estimulación Temprana - Sólo Centros Categorizados Estimulación Temprana- por la ANDIS

Es la prestación de entrada al sistema donde el niño/a es estimulado de manera integral según sus propias necesidades. Es un proceso terapéutico - educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño/a pequeño con alguna discapacidad. Destinado a bebés y niños pequeños de 1 a 4 años de edad cronológica y, eventualmente, hasta los 6 años.

Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en la Superintendencia de Servicios de Salud para tal fin.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):

- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento (ANEXO 4).
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia (ANEXO 6).
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro del centro.
- Constancia de Afip.
- Constancia bancaria de CBU.
- Matrícula profesional.
- Título doble faz del profesional.

ATENCIÓN: *La institución debe brindar el módulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.*

En el caso de realizar un cambio de profesional, la familia, deberá presentar nota de cambio de prestador / baja de prestador.

PRESTACIONES EDUCATIVAS reconocidas por la Obra Social

Apoyo a la integración escolar y equipo (sólo para centros categorizados por la ANDIS)

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 deberá articular y coordinar su accionar, con el equipo docente, profesional de la escuela común donde el niño concurre y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio deberá brindarse por módulo hasta 20 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional.

Serán válidas únicamente aquellas instituciones que presenten inscripción vigente en ANDIS para tal fin Modulo Integración Escolar - Equipo.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):

- Constancia de Alumno Regular – ciclo lectivo fecha 2026.
- Acta de acuerdo firmada por la escuela, el prestador y la familia (ANEXO 7).
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento (ANEXO 4).
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia (ANEXO 6).
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe evolutivo o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad o ANDIS del prestador.
- Habilitación del centro vigente.
- Póliza de seguro.
- Constancia de Afip.
- Constancia bancaria de CBU.

ATENCIÓN: *La institución debe brindar el módulo y no se aceptan prestaciones de apoyo por fuera.*

En el caso de realizar un cambio de profesional, la familia, deberá presentar nota de cambio de prestador / baja de prestador.

Módulo Maestro de apoyo o Maestra de apoyo por hora

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común, EXCLUSIVAMENTE por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES.

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente).

El módulo de Maestro/a 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.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):

- Constancia de Alumno Regular – ciclo lectivo fecha 2026.

- Acta de acuerdo firmada por la escuela, el prestador y la familia (ANEXO 7).
- Presupuesto 2026 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento (ANEXO 4).
- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia (ANEXO 6).
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2025 firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo o informe de inicio de prestación firmado y sellado por el prestador, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por el prestador.
- RNP vigente del profesional.
- Matrícula profesional.
- Título doble faz del profesional.
- DNI ambos lados del profesional.
- Póliza de Seguro.
- Constancia de Afip.
- Constancia bancaria de CBU del prestador.

INSTITUCIONES:

CENTRO DE DIA:

Es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO:

Se entiende por Centro Educativo Terapéutico a aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

- Dependencia: para las prestaciones de hogar, hogar con centro de día, hogar con CET, centro de día y CET, se deberá confeccionar informe especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje.
- Para el caso de hogar en todas sus modalidades y pequeño hogar deberá presentarse informe confeccionado por trabajadora social.
- En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de hogar, hogar con centro de día, hogar con CET, centro de día y CET se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM). Confeccionada por Lic. Terapia ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):

- Presupuesto 2026 firmado y sellado por la Institución, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento (ANEXO 4).

- Conformidad 2026 completa y firmada por la familia (ANEXO 6).
- Plan de tratamiento con objetivos a desarrollar en el año 2026 firmado y sellado por la Institución, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe evolutivo o informe de inicio de prestación firmado y sellado por la Institución, con fecha de emisión anterior al inicio de tratamiento.
- Informe semestral de prestación, firmado y sellado por la Institución.
- Categorización en el Registro Nacional de Prestadores y en el Servicio Nacional de Discapacidad.
- Habilitación de la Institución vigente.
- Póliza de seguro de la Institución.
- Constancia de Afip.
- Constancia bancaria de CBU.

TRANSPORTE

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación (la misma debe ser presentada antes del inicio de tratamiento):

- Habilitación vigente de la empresa transportista.
- Habilitación vigente del vehículo que realiza el traslado.
- Seguro y VTV vigente.
- Cédula y licencia del conductor.
- Mapa impreso del recorrido (google maps).
- En caso de poseer dependencia se deberá incluir explicación de los apoyos específicos que se brindarán.
- Presupuesto de transporte en el cual conste diagrama de traslado con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor (ANEXO 5).
- Conformidad del diagrama de traslados firmado por familiar responsable/ tutor/persona con discapacidad (ANEXO 8).
- En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM). Confeccionada por médico tratante y/o Lic. En terapia ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.
Solo se acreditará dependencia en valores inferiores a 65 en dicha escala.

PRESUPUESTO PRESTACIONAL (ANEXO 4)

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto:

Teléfono:

Beneficiario:

DNI:

Prestación a brindar:

Tipo de jornada a realizar:

Categoría:

Período: desde: hasta:

Monto Mensual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por Sesión:

En caso de corresponder:

Almuerzo: Sí - No.

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual:

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

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

Firma y Aclaración del Prestador

PRESUPUESTO TRANSPORTE (ANEXO 5)

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Mail de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N°:

Beneficiario:

DNI:

Período: desde: hasta:

Diagrama de traslado:

Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual	Prestación día y horario.
1					
2					
3					

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí - No

Valor del km:

Monto mensual:

Firma y Aclaración del Transportista.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL (ANEXO 6)

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 la 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 COMPLETAR:

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:

CONFORMIDAD TRANSPORTE (ANEXO 8)

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....)

N°....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

Desde.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley No 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

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:

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley No 19.279 y sus modificatorias

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

MODELO ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN (ANEXO 7)

En la ciudad de..... a los..... Días de mes de..... de..... Se establece en

común acuerdo entre las instituciones y los padres del alumno/a

.....Lo siguiente:

1- El/la alumno/a será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeña el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. El/la docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.

2- El/la alumno/a será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el círculo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.

3- El/la docente integrador/a deberá presentar informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento del alumno, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.

4- Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informaran en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.

5- Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.

6- Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con la/el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.

7- Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones.

Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

.....

FIRMA DE LOS PADRES

.....

FIRMA DE LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA

.....

FIRMA DEL EQUIPO DE INTEGRACION / MAESTRO INTEGRADOR

NOTA DE CAMBIO/BAJA DE PRESTADOR

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

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar un cambio / baja (tachar la que no corresponda) de prestador para el beneficiario.....con
DNI

Nombre y CUIT del prestador de baja

Tipo de prestación brindada.....

Mes hasta el cual brindo servicio 2026 inclusive.

Observación (detallar motivo de cambio/baja de prestador):

.....
.....
.....
.....

Firma de padre /madre/tutor: