Módulo o Maestra de Apoyo

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
	Documentación Prestacional	
1	Indicación médica	
2	Presupuesto	
3	Conformidad	
4	Acta Acuerdo	
5	Informe Inicial	
6	Informe Evolutivo	
	Documentación del prestador	
7	DNI	
8	Registro Nacional de Prestadores (solo para psicopedagoga/o)	
9	Título	
10	Certificado Analítico (maestra/o especial)	
11	Constancia de AFIP	
12	Constancia de CBU	

Por favor, revise y controle la documentación antes de enviarla. Solo se recibirá documentación completa según el presente instructivo.

Recepción de documentación para auditoria, autorizaciones:
discapacidad@ospesca.org.ar

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ……/……/20……

Razón Social del Prestador: .....

CUIT: .....

Domicilio dónde realiza la prestación: .....

.....

Correo electrónico: ..... Teléfono: .....

Beneficiario: ..... DNI: .....

Modalidad prestacional a brindar: .....

Tipo de Jornada: ..... Categoría: .....

Periodo desde: ..... Periodo hasta: .....

Almuerzo: SI [ ] - NO [ ]

Importe Mensual: $ .....

Dependencia: SI [ ] - NO [ ]

Matrícula anual: .....

Cantidad de sesiones mensuales: ..... Importe por sesión: $.....

Cronograma de asistencia

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

Firma y aclaración del prestador: .....

CONFORMIDAD DE PRESTACIONAL

Lugar y fecha: .....

Apellido y nombre del beneficiario: .....

DNI o Nro. de Afiliado: .....

Doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles

Prestación	Prestador	Periodo	
		Desde	Hasta

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

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.

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

ACTA ACUERDO

En la ciudad de _____ a los _____días del mes de_____ de 20_____ , se reúnen:

El Equipo Interdisciplinario de Apoyo a la Integración Escolar (detallar el nombre de los profesionales o de la maestra de apoyo), _____

_____

Las autoridades de la Escuela (detallar los nombres de los representantes de la escuela) _____

_____

y los padres del alumno, _____

DNI _____a los efectos de conformar el Acta Compromiso para el año _____

Las partes intervinientes se comprometen al cumplimiento de los ítems que a continuación se detallan:

El Equipo Interdisciplinario de apoyo a la integración escolar se compromete a: (detallar las pautas): _____

_____

La Escuela se compromete a: (detallar las pautas): _____

_____

Los Padres se comprometen a (detallar pautas): _____

_____

_____ Firma de los Padres

_____ Firma del representante de la Escuela y sello

_____ Firma del Profesional/Equipo Integrador

_____ Firma de la inspectora (si correspondiera)