PRESTACIONES EDUCATIVAS (INTEGRACIONES ESCOLARES)

**MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO)**

CENTROS CATEGORIZADOS POR ANDIS.

**La presentación de la solicitud debe realizarse con un plazo de antelación de, por lo menos, 60 dias previos al inicio de la prestación requerida, dado que es el tiempo estimado del análisis y posterior autorización.**

**Se autorizarán las prestaciones según fecha de envió del legajo completo.**
Para poder solicitar la autorización de alguna de estas prestaciones, deberá presentar, de manera excluyente, la siguiente documentación en formato PDF unificado.

1. **Actualización de datos del afiliado (PAGINA 2)**
2. **Anexo III conformidad (puede indicar hasta 4 prestaciones juntas por anexo) (PAGINA 3)**
3. **CUD vigente**
4. **Prescripción médica – integraciones escolares**. Debe estar confeccionada por el médico tratante que realizo el resumen de historia clínica. Indicando fecha de emisión (debe ser anterior al periodo solicitado), nombre y apellido, DNI, edad, diagnostico, prestación y frecuencia. Debe presentarse año calendario. Ej: (marzo a dic 2027) **(PAGINA 4)**
5. **Resumen de historia clínica (PAGINA 5)**
6. **Presupuesto y consentimiento bilateral (PAGINA 6)**
7. **CAR (certificado de alumno regular) con numero de CUE (código único de establecimiento)**
8. **Informe evolutivo.**
   Confeccionado, firmado y sellado por el prestador**.** Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación. Debe indicar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.
9. **Plan de tratamiento.**
   Confeccionado, firmado y sellado por el profesional. Debe indicar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos del tratamiento y estrategias que se implementaran para el logro de los mismos y adaptaciones curriculares.
10. **Categorización del servicio expedida por la agencia nacional de discapacidad.**
11. **Copia completa de la inscripción vigente expedida por la superintendencia de servicios de salud de la institución.**
12. **Constancia de inscripción en ARCA.**
13. **Comprobante de CBU del prestador emitido por entidad bancaria.** (quedan excluidos los socios particulares)
14. **Habilitación.**
15. **Seguro**.
16. **Acta de acuerdo firmada por todas las partes**. **(PAGINA 7)**

GALENO

## ACTUALIZACION DE DATOS DEL AFILIADO.

**Datos del afiliado al que se le brindara la prestación:**

Nombre y apellido: _____
DNI: _____Fecha de nacimiento: _____
N° de socio: _____
Dirección: _____
N° _____ Piso: _____ Dpto: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Tel celular: _____ Tel alternativo: _____
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: _____

## Anexo III – Conformidad prestacional año 2027.

Fecha: _____/_____/_____
Apellido y nombre del beneficiario: _____
Numero de afiliado: _____
Yo: _____
con DNI: _____, 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.

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

Prestacion:_____
Prestador: _____
Periodo de la prestación: desde: _____hasta: _____
Dia y horario: _____

**-Si usted es la persona con CUD que recibe la prestación:**
Firma: _____Aclaración: _____
Documento: _____
-**Si usted es familiar, responsable y/o tutor:**
Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documentación es realizada en nombre de:_____
Manifiesto ser familiar / responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:_____
Aclaración: _____
DNI: _____

**PRESCRIPCION MEDICA – INTEGRACIONES ESCOLARES.**

**(MAIE – MAESTRA DE APOYO)**

FECHA: ____/_____/____

Nombre y apellido:_____
DNI: _____Edad:_____.
Diagnostico:_____
_____
_____
Prestacion:_____
_____
_____
Periodo: desde:_____/_____/_____hasta:____/_____/_____.

_____
Firma y sello del medico tratante.

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA.

Nombre y apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____
Domicilio: _____
Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:
_____

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 FARMACOLOGICO (SI LO HAY)

_____
_____
_____
_____
_____

Firma del medico tratante: _____
Aclaración: _____
Fecha de emisión: _____

GALENO

**PRESTACIONES EDUCATIVAS - PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO.**
**MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO)**

Fecha: _____/_____/_____

Nombre y apellido: _____DNI: _____
Cantidad de horas diarias: _____.

**Datos del prestador.**

Nombre y apellido / Razón social: _____
Domicilio donde se brinda la prestación: _____
Localidad: _____Provincia: _____
Tel de contacto: _____N° de CUIT: _____
E-mail: _____

**Cronograma de asistencias.**
Dias y horarios:

| Prestación | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| - | | | | | | |

Institución / escuela en la que se brindara la prestación: _____
Domicilio de la institución:_____
Localidad: _____Provincia: _____
Periodo desde: _____ hasta _____2027
Valor mensual: _____ según resolución vigente de la ANDIS.

**CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del equipo_____ CUIT _____ efectuándose en el domicilio_____ en la localidad de_____ durante el periodo de_____hasta_____2027.

Firma del titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del director/responsable de la institución: _____
Aclaración: _____

GALENO

ACTA DE ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO)

Fecha: _____

Apellido y nombre: _____Lugar de emisión: _____

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

| Partes Intervinientes | Representantes | DNI |
|---|---|---|
| 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 el 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
  - 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 especifica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

_____ _____

Firma y sello da la escuela Firma y sello maestra/ o equipo

_____ _____

Aclaración Aclaración

_____

Firma del responsable del alumno

_____

Aclaración