Guía para la presentación del **Manual de Acceso a Prestaciones de Discapacidad**

2027

Esta guía te ayudará a completar correctamente el Legajo de Discapacidad 2027.

- Asegurate de que el CUD esté presentado y autorizado previamente. Si ya fue presentado, verificá que se encuentre vigente.
- Verificá que todos los campos estén completos y con letra legible antes de presentarlo.

Puntos importantes:

- Fechas correctamente indicadas y vigentes según el documento.
- Todos los documentos deben estar sellados y firmados en forma ológrafa (puño y letra) por el profesional/institución tratante.
- Conformidad completas y firmadas.
- Respuestas marcadas (sí o no).
- Cuadros completos.

VÍAS DE CONTACTO PARA ASOCIADOS

- Web (sancorsalud.com.ar) o App (SanCor Salud UP!), autogestión disponible todos los días las 24 hs.
- WhatsApp +54 9 3493 516640 exclusivo Asociados, disponible todos los días las 24 h y de lunes a viernes de 8 a 17 hs para chatear con un agente.
- Línea telefónica: 0810 444 72583 de lunes a viernes, de 8 a 17 hs.
- Puntos de atención presencial de todo el país, de lunes a viernes de 8 a 17 hs.

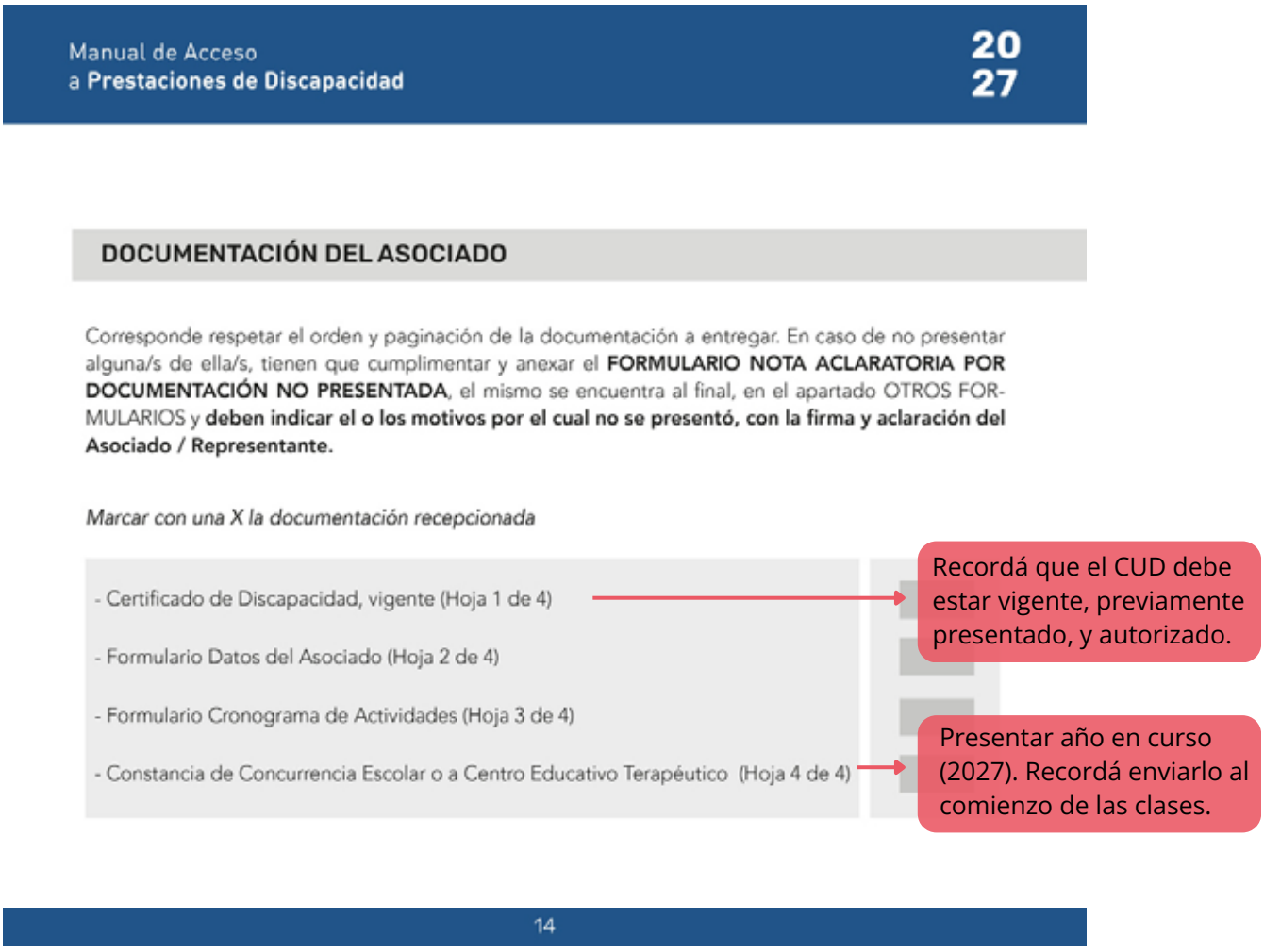
VÍAS DE CONTACTO PARA PRESTADORES

- Canal Conversacional, vía WhatsApp +54 9 3417 69-0470, de lunes a viernes de 8 a 20hs, deberá seleccionar el motivo de contacto Discapacidad.
- Canal Telefónico 0800 7777 72583, de lunes a viernes de 9 a 17 hs.

Documentación del Asociado

DOCUMENTACIÓN DEL ASOCIODO

Documentación que corresponde ser completada por el asociado o persona representante (a cargo).



Manual de Acceso
a **Prestaciones de Discapacidad**

20
27

DOCUMENTACIÓN DEL ASOCIADO

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Certificado de Discapacidad, vigente (Hoja 1 de 4)
- Formulario Datos del Asociado (Hoja 2 de 4)
- Formulario Cronograma de Actividades (Hoja 3 de 4)
- Constancia de Concurrencia Escolar o a Centro Educativo Terapéutico (Hoja 4 de 4)

Recordá que el CUD debe estar vigente, previamente presentado, y autorizado.

Presentar año en curso (2027). Recordá enviarlo al comienzo de las clases.

14

La constancia escolar o de centro educativo terapéutico corresponde solo para asociados que asistan a esas instituciones. Deberán presentarlo al comienzo de las clases (constancia 2027).

El asociado escolarizado debe presentar, sin excepción, los informes escolares de los últimos 2 años en la primera presentación del CUD.

Página para consultas de CUD:
https://apps.snr.gob.ar/consultarnpcd/spring/intro

FORMULARIO DATOS DEL ASOCIADO 2027

FECHA: ___/___/___

DATOS DEL ASOCIADO CON DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: _____ *Edad:* _____ *Fecha de Nacimiento:* _____
Documento: Tipo: _____ *N°:* _____
Domicilio: _____ *Localidad:* _____ *Provincia:* _____
Teléfonos: Celular: _____ *Fijo:* _____
Correo Electrónico: _____
Nombre del Establecimiento Educativo actual y Grado: _____

CONTACTO ALTERNATIVO

Apellido y Nombre: _____
Vínculo: _____
Teléfonos: Celular: _____ *Fijo:* _____
Correo Electrónico: _____

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Apellido y Nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y Horarios Laborales

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Personas en contacto directo y frecuente con el Asociado con discapacidad

Apellido y Nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y Horarios Laborales

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA Y/O SOLICITANTE

Apellido y Nombre: _____
Teléfonos: Celular: _____ *Fijo:* _____
Correo Electrónico: _____

Datos del médico tratante (a completar por el asociado o responsable)

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de Declaración Jurada.

OBS-FR05017-R08

FIRMA DEL ASOCIADO / RESPONSABLE

ACLARACIÓN

Firma y aclaración

FORMULARIO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2027

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo de las prestaciones solicitadas.

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma, indicando:

A) En la columna HORARIO detallar la franja horaria en la que el Asociado recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin.

B) En la columna DÍAS colocar el día en que recibe la prestación y especificar el nombre de la misma.

HORARIO		DÍAS						
INICIO	FIN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
08:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
___:___	___:___							
20:___	___:___							

Detallar la prestación junto con el horario de inicio y fin correspondiente.

Ejemplo: Inicio: 08:30 / Fin: 09:30 - Día: Martes - Prestación: Kinesiología

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

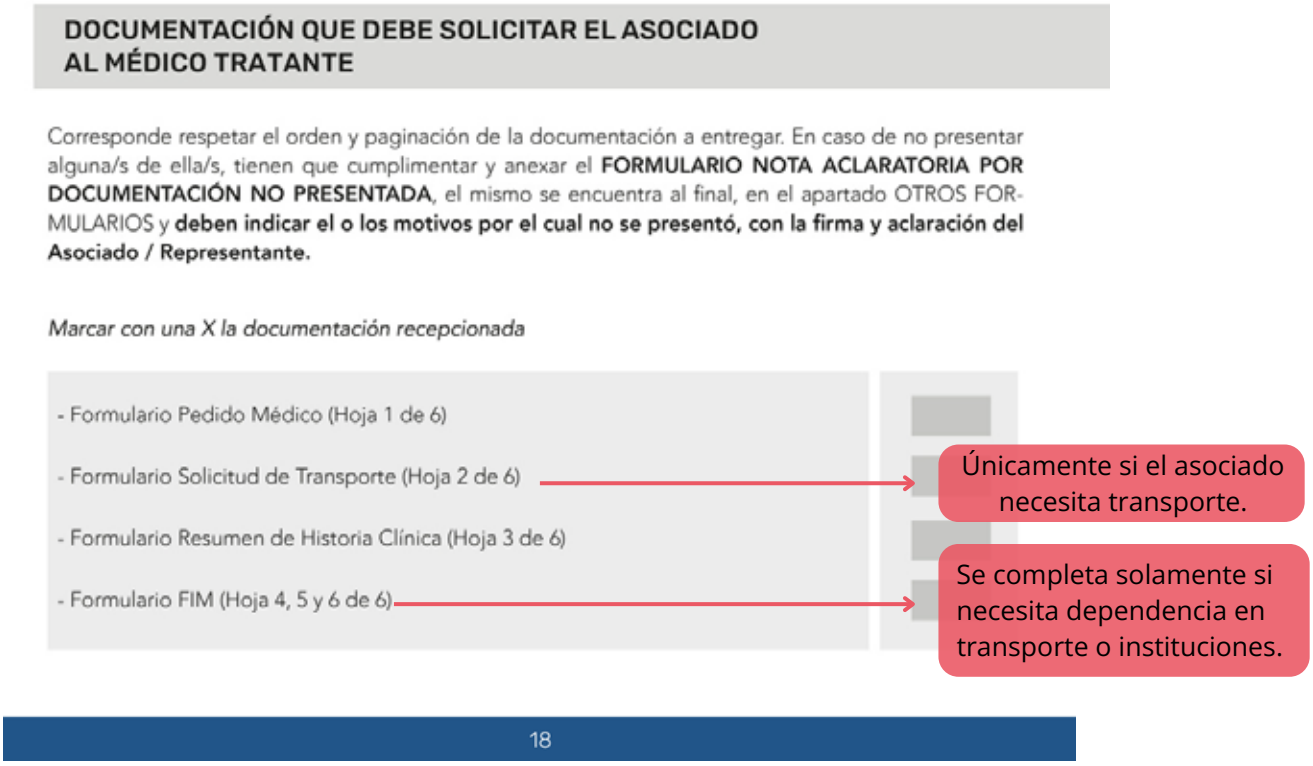
Firma, aclaración y documento

Documentación que debe completar el **Médico Tratante**

DOCUMENTACIÓN MÉDICO TRATANTE

Puede ser completado por un médico que realice el seguimiento del asociado y pueda completar su historia clínica. Ej. médico de cabecera, neurólogo, psiquiatra, pediatra.

En los legajos de discapacidad, el médico psiquiatra puede actuar como médico de cabecera y firmar la historia clínica. Sin embargo, el acceso a las consultas de psiquiatría se encuentra sujeto a la modalidad de cobertura de tu plan de salud.



DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SOLICITAR EL ASOCIADO AL MÉDICO TRATANTE

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Pedido Médico (Hoja 1 de 6)
- Formulario Solicitud de Transporte (Hoja 2 de 6)
- Formulario Resumen de Historia Clínica (Hoja 3 de 6)
- Formulario FIM (Hoja 4, 5 y 6 de 6)

Únicamente si el asociado necesita transporte.

Se completa solamente si necesita dependencia en transporte o instituciones.

18

No se aceptan pedidos médicos en formato de recetas que incluyan las prestaciones solicitadas. Deben estar expresadas únicamente en el formulario de pedido médico 2027 (formato SanCor Salud).

- Si el asociado necesita una nueva prestación o desea modificar la cantidad de sesiones, deberá presentar un nuevo formulario de pedido médico 2027 (formato SanCor Salud).

- Si el asociado requiere más prestaciones de las que puede completar en el espacio asignado, deberá utilizar una nueva hoja (no se puede agregar un renglón manualmente).

FORMULARIO PEDIDO MÉDICO 2027

A completar por Médico Tratante

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

N° de Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____ *Edad:* _____ *Sexo:* _____

Escolarizado (En caso afirmativo deberá presentar Certificado de Alumno Regular) SI ☐ NO ☐

Marcar por SI o NO . Si se encuentra escolarizado, recuerde presentar la constancia de concurrencia 2027 dentro de los 60 días del inicio de clases.

DIAGNÓSTICO

_____

PRESTACIONES SOLICITADAS

Completar unicamente si realiza varias prestaciones en una institución.
Ejemplo: CET, centro de día, hogar con centro de día, etc.
Todos los campos deben estar completos.

Institución (CET - Centro de Día - Hogar con Centro de Día, etc.)

Especialidad: _____

Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Tipo de jornada: simple ☐ *doble* ☐

DEPENDENCIA SI ☐ NO ☐ *En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM confeccionado por terapista ocupacional*

Si necesita dependencia para institución debe presentar el FIM (pág 4 a 6) realizado por terapista ocupacional. Completar justificación médica de la dependencia por el medico tratante.

Justificación médica de dependencia:

_____

_____

Módulo Maestro de Apoyo

Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Cantidad de horas semanales: _____

Corresponde cuando el apoyo escolar lo hará un docente de forma individual. Deberá ser Profesor de educación especial, Lic. en psicopedagogía, Lic. en ciencias de la educación, Lic. en psicología.

Módulo Apoyo a la Integración Escolar Equipo

Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Cantidad de horas semanales: _____

Corresponde cuando el apoyo escolar lo hace un equipo interdisciplinario de profesionales/ centro / institución.

Prestaciones ambulatorias por sesión

- *Especialidad:* _____ *Cantidad de sesiones semanales:* _____
  Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:* _____ *Cantidad de sesiones semanales:* _____
  Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:* _____ *Cantidad de sesiones semanales:* _____
  Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:* _____ *Cantidad de sesiones semanales:* _____
  Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:* _____ *Cantidad de sesiones semanales:* _____
  Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Completar todas las prestaciones solicitadas

- Especialidad.
- Periodo de... hasta... año.....
- Cantidad de sesiones semanales.

Recordá que si necesitás incluir más prestaciones, deberás imprimir y completar hojas adicionales iguales. No está permitido agregar renglones ni escribir fuera de las líneas estipuladas.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Firma y sello del médico, legible

Es fundamental tener en cuenta que la Maestra de Apoyo y el Módulo de Apoyo a la Integración Escolar deben ser presentados en la documentación del manual titulado "Apoyo a la Integración Escolar". En cambio el acompañante terapéutico se presenta como "Prestaciones en ambulatorio".

FORMULARIO SOLICITUD DE TRANSPORTE 2027

A completar por Médico Tratante

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____
*N° de Asociado:*_____
*Documento: Tipo:*_____ *N°:*_____ *Edad:*_____

El Asociado posee franquicia vehicular adquirida mediante el CUD?: ***SI*** ☐ ***NO*** ☐

Marcar por SI o NO
Si posee vehículo adquirido mediante el beneficio del CUD (información a completar por el responsable del asociado)

DIAGNÓSTICO

_____
_____
_____

JUSTIFICACIÓN MÉDICA

Indicar motivo/s por el cual el Asociado se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público.

_____
_____
_____

Completar solo si desea justificar la imposibilidad de viajar en transporte público.

TRASLADOS

Prestación:_____
Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____
Prestación:_____
Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____
Prestación:_____
Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____
Prestación:_____
Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____

Completar si solicita traslado aclarando:
- Prestación
- Retorno: marcar si o no
- Período de ... hasta... año....

DEPENDENCIA SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM

Justificación médica de dependencia:_____
_____
_____

Marcar por SI o NO
En caso de afirmativo:
- Justificar la dependencia por el médico.
- Completar y anexar el Formulario FIM

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Firma del médico y sello legible

Franquicia vehicular adquirida: se trata de un vehículo adquirido mediante el beneficio del CUD. Corresponde para uso personal de persona con discapacidad.

RECORDÁ QUE DEBE COMPLETARLO UN MÉDICO QUE REALICE SEGUIMIENTO: MÉDICO DE CABECERA, PEDIATRA, NEUROLOGO, PSIQUIATRA.

FORMULARIO RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA 2027

A completar por Médico Tratante

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____ *Edad:* _____ *Sexo:* _____

DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DISCAPACITANTE

EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO DE BASE

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales)

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS Y/O INTERVENCIONES EDUCATIVAS

OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PRESCRIPTOS

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Firma y sello del médico legibles

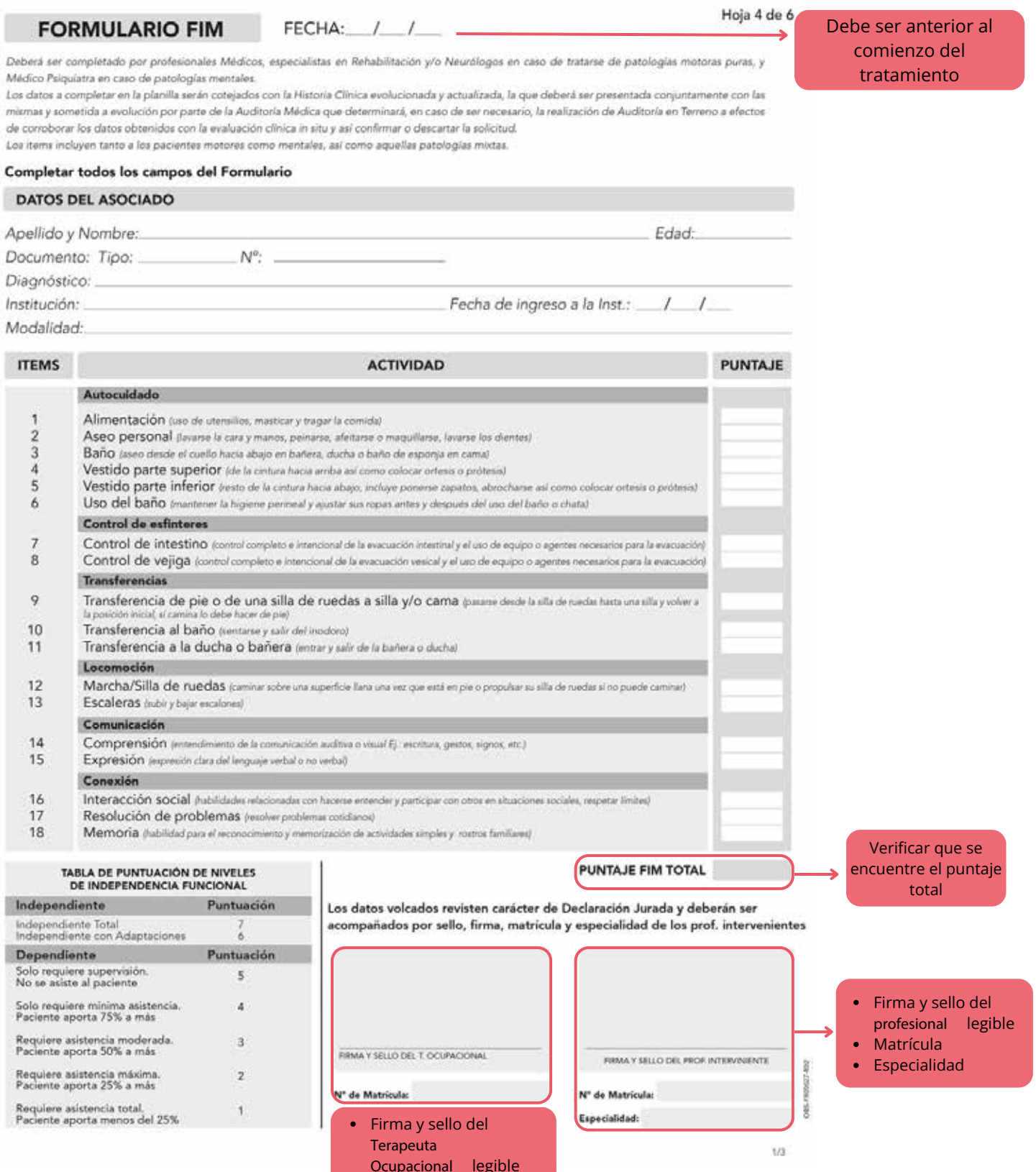
El FIM se solicita completar si el asociado necesita dependencia, en traslado y/o institución

¿Quién completa el FIM?

- Si solicita dependencia únicamente para traslados, debe ser completado por el médico tratante (según patología).
- En caso que se solicite dependencia para una institución debe ser completado por un terapista ocupacional.

SI SOLICITA DEPENDENCIA PARA AMBOS DEBE SER COMPLETADO POR UN TERAPISTA OCUPACIONAL.

Recordá completar las tres páginas (4 de 6 - 5 de 6 - 6 de 6).



FORMULARIO FIM FECHA:__/__/__ Hoja 4 de 6

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiatra en caso de patologías mentales.
Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evolución por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.
Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Completar todos los campos del Formulario

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____ *Edad:* _____
Documento: Tipo: _____ *Nº:* _____
Diagnóstico: _____
Institución: _____ *Fecha de ingreso a la Inst.:* __/__/__
Modalidad: _____

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	Autocuidado	
1	Alimentación *(uso de utensilios, masticar y tragar la comida)*	
2	Aseo personal *(lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)*	
3	Baño *(aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)*	
4	Vestido parte superior *(de la cintura hacia arriba así como colocar ortesis o prótesis)*	
5	Vestido parte inferior *(resto de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)*	
6	Uso del baño *(mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)*	
	Control de esfínteres	
7	Control de intestino *(control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)*	
8	Control de vejiga *(control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)*	
	Transferencias	
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama *(pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)*	
10	Transferencia al baño *(sentarse y salir del inodoro)*	
11	Transferencia a la ducha o bañera *(entrar y salir de la bañera o ducha)*	
	Locomoción	
12	Marcha/Silla de ruedas *(caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)*	
13	Escaleras *(subir y bajar escalones)*	
	Comunicación	
14	Comprensión *(entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)*	
15	Expresión *(expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)*	
	Conexión	
16	Interacción social *(habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)*	
17	Resolución de problemas *(resolver problemas cotidianos)*	
18	Memoria *(habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares)*	

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Independiente	Puntuación
Independiente Total	7
Independiente con Adaptaciones	6
Dependiente	**Puntuación**
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% a más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% a más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% a más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

PUNTAJE FIM TOTAL

Verificar que se encuentre el puntaje total

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los prof. intervenientes

FIRMA Y SELLO DEL T. OCUPACIONAL
Nº de Matrícula:

FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE
Nº de Matrícula:
Especialidad:

- Firma y sello del profesional legible
- Matrícula
- Especialidad

- Firma y sello del Terapeuta Ocupacional legible
- N° de matricula

OBS-FR05027-R02

1/3

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1- ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

.....

.....

2- ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿ Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?.

.....

.....

3- HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

.....

.....

4- VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....

.....

5- VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....

.....

6- USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

.....

.....

7- CONTROL DE INTESTINOS: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de ostomía. Frecuencia.

.....

.....

8- CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

.....

.....

9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

.....

.....

10- TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

.....

.....

11- TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

.....

.....

12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

.....

.....

13- ESCALERAS: Implica subir o bajar escalones.

.....

.....

14- COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, signos, etc.

.....

.....

15- EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....

.....

16- INTERACCIÓN SOCIAL: Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

.....

.....

17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA: Implica resolver problemas cotidianos.

.....

.....

18- MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

.....

.....

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL: escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

.....

.....

FIRMA Y SELLO DE TERAPEUTA OCUPACIONAL

FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE

Firma y sello correspondiente legible

Documentación que deben completar los Prestadores de Servicios

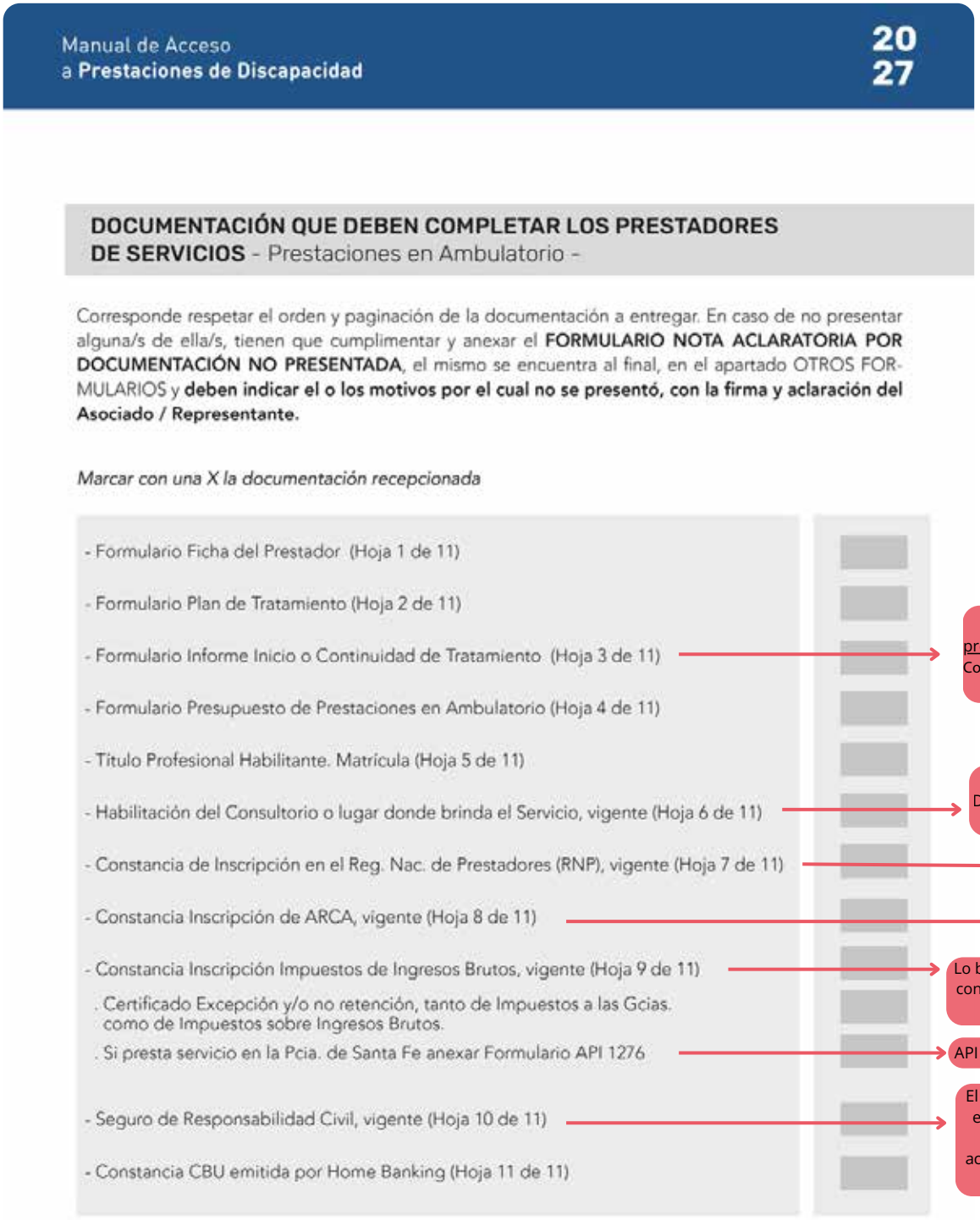
Prestaciones en Ambulatorio

Documentación que deben completar los Prestadores de servicios -

Prestaciones en Ambulatorio

Corresponde completarlo por cada prestador que solicita el asociado. Tener en cuenta que solicita firmas y consentimientos de asociado/responsable.

Completar toda la documentación para evitar devoluciones.



Manual de Acceso
a **Prestaciones de Discapacidad**

20 27

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Ambulatorio -

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 11)
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 11)
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 11)
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Ambulatorio (Hoja 4 de 11)
- Titulo Profesional Habilitante. Matrícula (Hoja 5 de 11)
- Habilitación del Consultorio o lugar donde brinda el Servicio, vigente (Hoja 6 de 11)
- Constancia de Inscripción en el Reg. Nac. de Prestadores (RNP), vigente (Hoja 7 de 11)
- Constancia Inscripción de ARCA, vigente (Hoja 8 de 11)
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos, vigente (Hoja 9 de 11)
  . Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.
  . Si presta servicio en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276
- Seguro de Responsabilidad Civil, vigente (Hoja 10 de 11)
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 11 de 11)

Si ya te encontrás brindando la prestación, corresponde el "Informe de Continuidad " y si es por primera vez, el "informe Inicial "

Si a la prestación la brindás en el Domicilio del Asociado no es necesario que presentes habilitación

Acompañante terapéutico no posee RNP

Deberás descargarlo desde la Pagina de ARCA

Lo brinda el organismo provincial, en caso contrario, debés solicitarlo a tu Contador que lo realice.

API prestadores únicamente de Santa Fe

El seguro debe estar vigente al entregar el legajo. Es responsabilidad exclusiva del asociado/prestador mantenerlo actualizado y enviar la renovación antes de su vencimiento.

La prestación "Acompañante terapeutico", corresponde ser completada como prestaciones en ambulatorio. No presenta RNP.

El ***seguro de responsabilidad civil*** debe estar vigente al entregar el legajo. Es responsabilidad exclusiva del asociado/ prestador mantenerlo actualizado y enviar la renovación antes de su vencimiento.

Páginas útiles:
*Constancia de inscripción de AFIP
https://seti.afip.gob.ar/padron-puc-constancia-internet/ConsultaConstanciaAction.do

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2027

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° DE PRESTADOR (si posee): _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO: _____ DPTO.: _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

No completar en caso de ser un nuevo prestador

Importante que se encuentre completo y actualizado

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

Debe coincidir con la constancia de CBU emitida por home banking

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: ___ ___ / ___ / _____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

Si tu matrícula no posee vencimiento, dejar incompleto

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

Marque la opción correspondiente (campo obligatorio)

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Marcar por SI o por No, sin excepción

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

Completar
- Firma
- Sello legible
- Aclaración

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2027

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *N°:*_____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

*Prestación:*_____

Período: Desde _____ *Hasta:*_____ *Año:* 2027

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje y estrategias a utilizar:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Debe coincidir con el informado en el pedido médico

Descripción de la participación de la familia:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Completar
- Firma
- Sello legible
- Aclaración

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2027

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:_____

Documento: Tipo:_____ N°:_____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Terapia o prestación que realiza

Prestador: _____

Nombre del prestador

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

☐ **Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Corresponde si es por primera vez

☐ **Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

Si ya prestaste este servicio anteriormente

INFORME

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
FIRMA DEL PROFESIONAL

_____
ACLARACIÓN

Completar
- Firma
- Aclaración legible

Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.

FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN AMBULATORIO 2027

(Kinesiología, Fonoaudiología, Psicología, Terapia Ocupacional, etc.)

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período: Desde : _____ *Hasta:* _____ *Año:* 2027

Cantidad de sesiones semanales: _____ *Cantidad de sesiones mensuales:* _____

Monto por Sesión : $ _____ *Monto Mensual: $* _____

Completar:
- Periodo desde... hasta ... (debe coincidir con el expresado por el médico).
- Cantidad de sesiones semanales
- Cantidad de sesiones mensuales
- Monto por Sesion
- Monto Mensual

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Domicilio real donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ *Provincia:* _____

Correo Electrónico: **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :** _____

Para prestaciones a domicilio, indique la dirección del paciente; para atención en consultorio, especifique la dirección del lugar

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HASTA						

Completar el cronograma de asistencia semanal con horarios

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

Completar el consentimiento
- Nombre completo del asociado o responsable
- Tipo y número de documento

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
Firma del Profesional	Firma
Sello o Aclaración del Profesional	Aclaración
	Tipo y N° de Documento

No olvidar completar - Prestador
- Firma
- Sello legible
- Aclaración

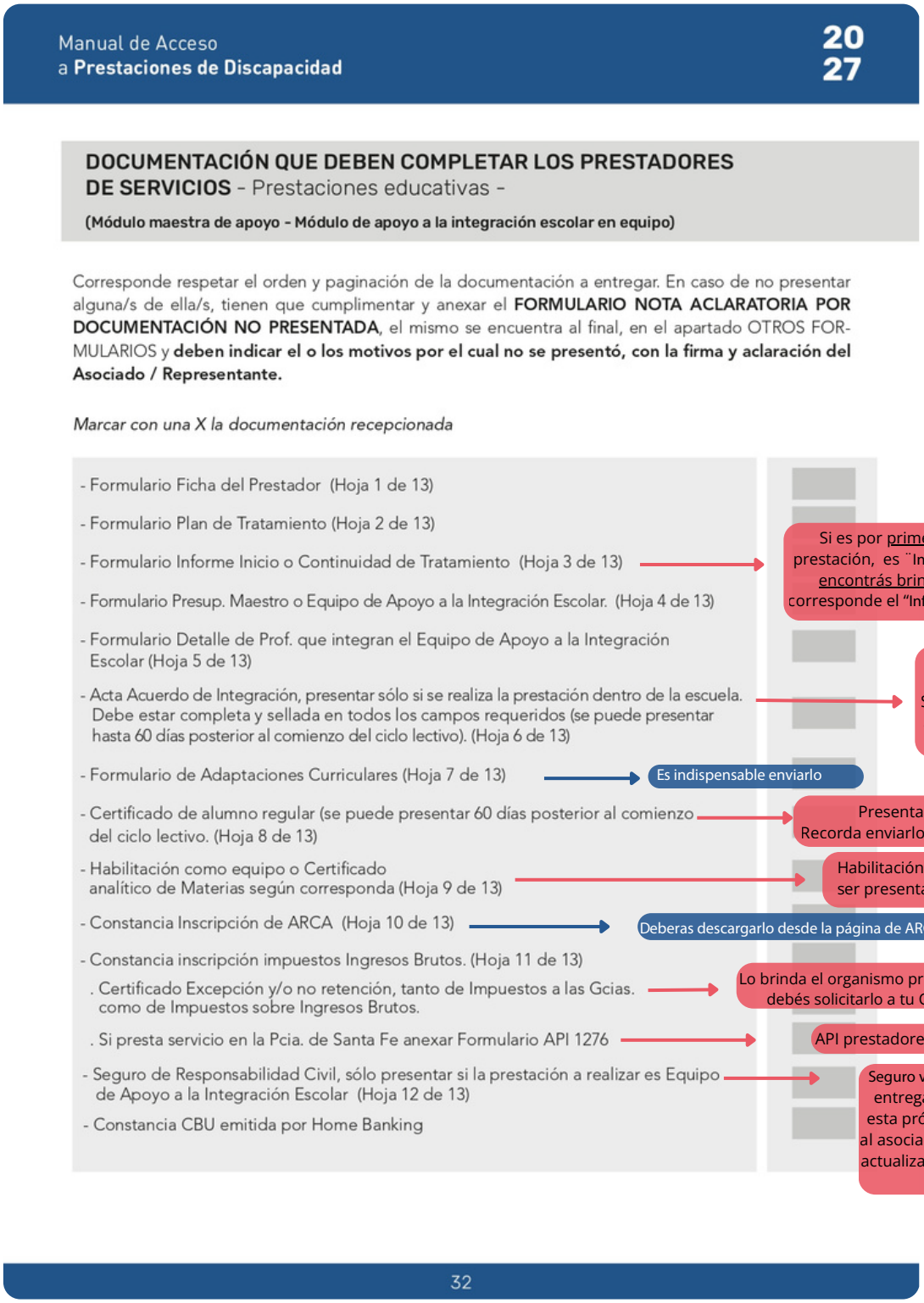
No olvidar de Completar - Asociado/Responsable
- Firma
- Aclaración
- Tipo y número de documento

Documentación que deben completar los Prestadores de Servicios

Prestaciones educativas

CORRESPONDE COMPLETARLO POR:

- Módulo Maestra de Apoyo
- Módulo de apoyo a la integración escolar en equipo.



Manual de Acceso
a **Prestaciones de Discapacidad**

20 27

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones educativas -

(Módulo maestra de apoyo - Módulo de apoyo a la integración escolar en equipo)

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 13)
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 13)
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 13)
- Formulario Presup. Maestro o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar. (Hoja 4 de 13)
- Formulario Detalle de Prof. que integran el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar (Hoja 5 de 13)
- Acta Acuerdo de Integración, presentar sólo si se realiza la prestación dentro de la escuela. Debe estar completa y sellada en todos los campos requeridos (se puede presentar hasta 60 días posterior al comienzo del ciclo lectivo). (Hoja 6 de 13)
- Formulario de Adaptaciones Curriculares (Hoja 7 de 13)
- Certificado de alumno regular (se puede presentar 60 días posterior al comienzo del ciclo lectivo. (Hoja 8 de 13)
- Habilitación como equipo o Certificado analítico de Materias según corresponda (Hoja 9 de 13)
- Constancia Inscripción de ARCA (Hoja 10 de 13)
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos. (Hoja 11 de 13)
  . Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.
  . Si presta servicio en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276
- Seguro de Responsabilidad Civil, sólo presentar si la prestación a realizar es Equipo de Apoyo a la Integración Escolar (Hoja 12 de 13)
- Constancia CBU emitida por Home Banking

Si es por primera vez que realiza la prestación, es ¨Informe Inicial ¨. Si ya te encontrás brindando la prestación corresponde el "Informe de Continuidad "

Debe presentarse Acta Acuerdo modelo SanCor Salud, puede presentarse al comienzo de las clases 2027

Es indispensable enviarlo

Presentar año curso 2027, Recorda enviarlo al comienzo de las clases

Habilitación como equipo debe ser presentado por el centro/equipo

Deberas descargarlo desde la página de ARCA

Lo brinda el organismo provincial, encaso contrario, debés solicitarlo a tu Contador que lo realice

API prestadores unicamente de Santa Fe

Seguro vigente al momento de entrega del legajo, si el mismo esta próximo a vencer, informar al asociado/prestador que deberá actualizarlo y enviarlo antes de su vencimiento

32

Páginas útiles:

- Constancia de inscripción de AFIP

https://seti.afip.gob.ar/padron-puc-constancia-internet/ConsultaConstanciaAction.do

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2027

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° DE PRESTADOR (si posee): _____

No completar en caso de ser un nuevo prestador

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO: _____ DPTO.: _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

Importante que esté completo y actualizado

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

Debe coincidir con la constancia de CBU emitida por home banking

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: ___ ___ / ___ /

Si tu matrícula no posee vencimiento, dejar incompleto

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

Marque la opción correspondiente (campo obligatorio)

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Marcar por SI o por NO, sin excepción

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

Completar
- Firma
- Sello legible
- Aclaración

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2027

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período: Desde _____ *Hasta:* _____ *Año:* 2027

Debe coincidir con el informado en el pedido médico

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje y estrategias a utilizar:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Descripción de la participación de la familia:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Completar Legible
- Firma
- Aclaración

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2027

FECHA: ___/___/___

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Terapia o prestación que realiza

Prestador: _____

Nombre del prestador

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

☐ **Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Corresponde si es por primera vez

☐ **Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

Si ya prestaste este servicio anteriormente

INFORME

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Completar Legible
- Firma
- Aclaración

Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.

FORMULARIO PRESUPUESTO MAESTRO DE APOYO / EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2027

FECHA: ___/___/___ *Debe ser anterior al inicio del tratamiento*

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

MÓDULO MAESTRO DE APOYO ☐ *MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO* ☐

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año:* 2027

Cantidad de horas semanales: _____ *Cantidad de horas mensuales:* _____

Monto por Hora: $ _____ *Monto Mensual: $* _____

Completar
- Periodo desde... hasta ... (debe coincidir con el expresado por el Medico Tratante).
- Cantidad de horas semanales
- Cantidad de horas mensuales
- Monto por hora
- Monto mensual

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Correo Electrónico: **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :** _____

Debe estar completo y legible

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD AULICA

En la Escuela común sito en la Calle: _____ *N°:* _____

de la Ciudad de _____ *Provincia:* _____

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS DESDE					
HORARIOS HASTA					

Completar el cronograma de asistencia Actividad Áulica

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD EXTRA AULICA

Domicilio real donde se brindará la presentación, sito en _____ *N°:* _____

Calle: de la Ciudad de _____ *Provincia:* _____

Si el servicio se brinda en el domicilio, deberá indicarse la dirección de domicilio. Si se realiza en consultorio, debe especificarse la dirección de atención.

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS DESDE					
HORARIOS HASTA					

Completar el cronograma de asistencia Actividad extra Áulica

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

No olvidar completar el consentimiento
- Nombre completo del asociado o responsable.
- Tipo y número de documento

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
Firma del Profesional o Responsable de la Institución	Firma
Sello o Aclaración del Profesional	Aclaración
Sello de la Institución	Tipo y N° de Documento

OBS-FR05020-R07

Completar por el Profesional o Responsable de la Institución
- Firma
- Sello o aclaración legible
- Sello de la Institución legible

No olvidar de Completar - Asociado/Responsable
- Firma
- Aclaración
- Tipo y Número de documento

FORMULARIO DETALLE DE PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2027

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *Nº:* _____

LISTADO DE PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
-debe estar detallado el equipo completo-

Nombre	Apellido	Especialidad	Nº Matrícula	Firma y Sello

ESTA DOCUMENTACIÓN SOLO CORRESPONDE SER COMPLETADA Y PRESENTADA POR LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE APOYO.

El Acta acuerdo de integración debe ser presentada en formato SanCor Salud verificar el año 2027 (no puede ser otro formato).

ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN 2027

En la ciudad de.....a los.....días del mes de.....del año 2027

se establece en común acuerdo entre las instituciones..... el/los responsable/s del alumno/a

.....lo siguiente:

Chequeá que todos los campos estén completos

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

2 - El alumno 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 - La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, 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 el/los responsable/s 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 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 - El/los responsable/s del alumno/a se compromete/n 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.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En los Días y Horarios Desde					
Hasta					

AÑO: 2027 SALA: _____ TURNO: _____

Recordá completar días, horarios, sala y turno

FIRMA RESPONSABLE DEL ASOCIADO: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA Y SELLO DE LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA Y SELLO DEL/LA COORDINADOR/A DEL EQUIPO DE INTEGRACIÓN: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA DOCENTE INTEGRADOR: _____

ACLARACIÓN: _____

Las firmas, aclaración y sellos deben ser legibles

Deben estar todas las firmas solicitadas completas,
Sin Excepción

FORMULARIO DE ADAPTACIONES CURRICULARES 2027

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *Nº:* _____

ADAPTACIONES CURRICULARES POR ÁREA

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

OBS-FR05077-R01

Completar legible
- Firma
- Aclaración

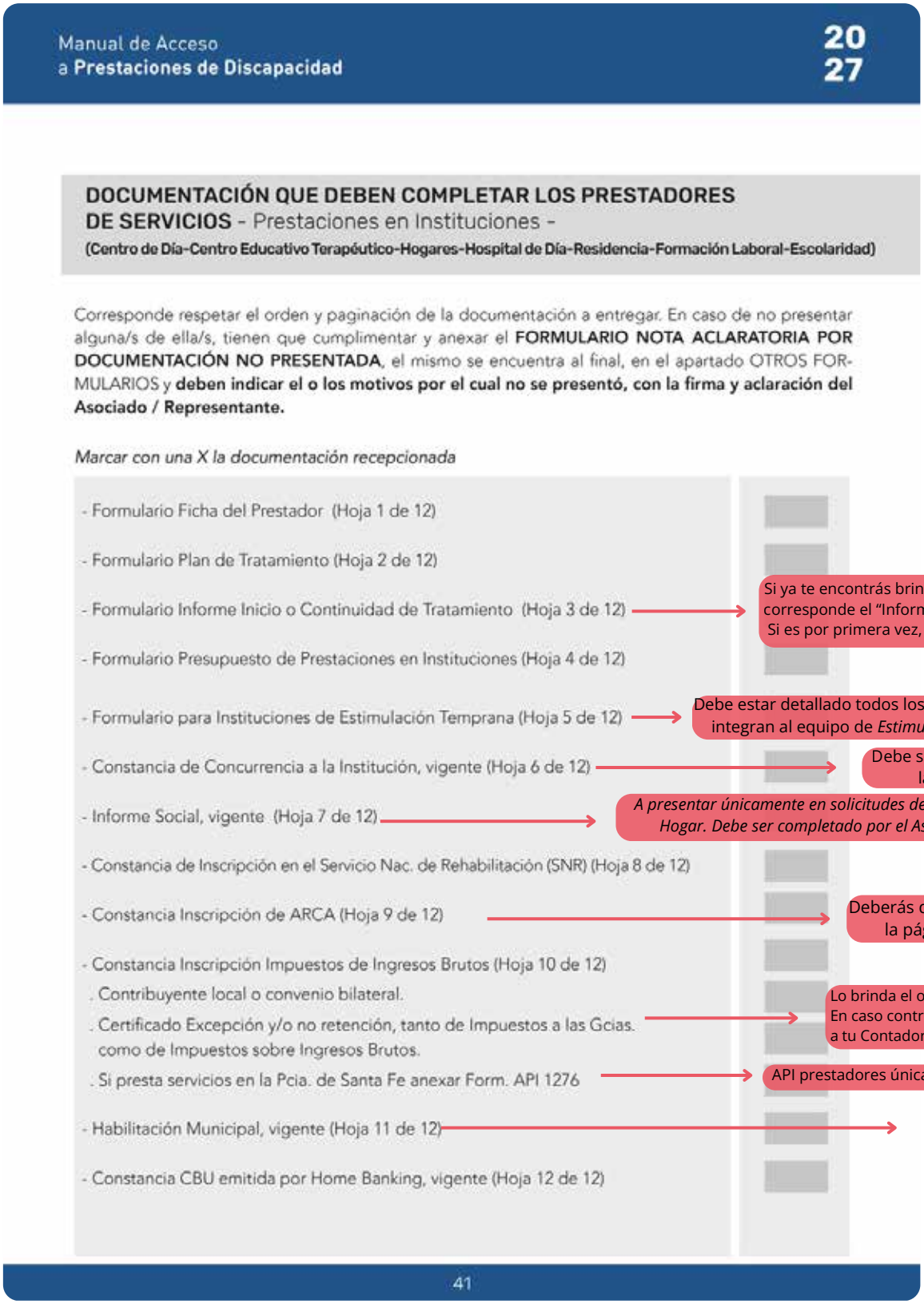
- Las adaptaciones curriculares deben ser completadas por la maestra o el equipo.
- Las adaptaciones son, en esencia, los ajustes pedagógicos que se realizan para facilitar la escolarización del niño. Estas adaptaciones se clasifican generalmente por materias. Por ejemplo: en el área de Lengua, se modifica el contenido para asegurar que el estudiante pueda comprenderlo de manera efectiva.
- En caso de que no posea adaptación curricular, debe enviar el justificativo en la documentación *"Nota aclaratoria por documentación no presentada"*, (se encuentra al final del manual).

Documentación que deben completar los Prestadores de Servicios

Prestaciones en Instituciones

DEBE SER COMPLETADO POR LAS INSTITUCIONES:

Centro de Día - Centro Educativo Terapeútico - Hogares - Hospitales de Día - Residencia - Formación Laboral - Escolaridad



Manual de Acceso
a **Prestaciones de Discapacidad**

20 27

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Instituciones -

(Centro de Día-Centro Educativo Terapéutico-Hogares-Hospital de Día-Residencia-Formación Laboral-Escolaridad)

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 12)
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 12)
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 12) → Si ya te encontrás brindando la prestacion corresponde el "Informe de Continuidad". Si es por primera vez, el ¨Informe Inicial¨
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Instituciones (Hoja 4 de 12)
- Formulario para Instituciones de Estimulación Temprana (Hoja 5 de 12) → Debe estar detallado todos los profesionales que integran al equipo de *Estimulación Temprana*
- Constancia de Concurrencia a la Institución, vigente (Hoja 6 de 12) → Debe ser presentado por la institución
- Informe Social, vigente (Hoja 7 de 12) → *A presentar únicamente en solicitudes de Hogar o Pequeño Hogar. Debe ser completado por el Asistente Social.*
- Constancia de Inscripción en el Servicio Nac. de Rehabilitación (SNR) (Hoja 8 de 12)
- Constancia Inscripción de ARCA (Hoja 9 de 12) → Deberás descargarlo desde la página de ARCA
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos (Hoja 10 de 12)
  . Contribuyente local o convenio bilateral.
  . Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos. → Lo brinda el organismo provincial. En caso contrario, debés solicitar a tu Contador que lo realice.
  . Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276 → API prestadores únicamente de Santa Fe
- Habilitación Municipal, vigente (Hoja 11 de 12) → Debe estar vigente
- Constancia CBU emitida por Home Banking, vigente (Hoja 12 de 12)

41

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2027

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° DE PRESTADOR (si posee): _____

No completar en caso de ser un nuevo prestador

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO: _____ DPTO.: _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

Importante que este completo y actualizado

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

Importante que esté legible

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

Debe coincidir con la constancia de CBU emitida por home banking

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: ___ ___ / ___ /

Si tu matrícula no posee vencimiento, dejar incompleto

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

Marque la opción correspondiente (campo obligatorio)

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Marcar por SI o por NO, sin excepción

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

Completar
- Firma
- Sello legible
- Aclaración

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2027

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período: Desde _____ *Hasta:* _____ *Año:* 2027

Debe coincidir con el informado en el pedido médico

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje y estrategias a utilizar:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Descripción de la participación de la familia:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Firma del Profesional y aclaración legibles

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2027

FECHA: ___/___/___

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Terapia o prestación que realiza

Prestador: _____

Nombre del prestador

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

☐ **Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

Corresponde si es por primera vez

☐ **Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

Si ya prestaste este servicio anteriormente

INFORME

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Completar
Firma y aclaración legibles

Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.

FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN INSTITUCIONES 2027

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Tipo de jornada a realizar: Simple ☐ *Doble* ☐

Categoría *A* ☐ *B* ☐ *C* ☐

Incluye almuerzo SI ☐ *NO* ☐ *Dependencia, sujeto a evaluación SI* ☐ *NO* ☐

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2027

Monto Mensual $ _____

Completar por la institución:
- Prestación
- Marcar tipo de jornada Simple o Doble
- Categoría A - B - C
- Marcar si incluye almuerzo por Si o No
- Marcar dependencia por Si o No
- Periodo desde... hasta ... (debe coincidir con el expresado por el médico)
- Completar monto mensual

DATOS DEL PRESTADOR O INSTITUCIÓN

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Domicilio real donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ *Provincia:* _____

Correo Electrónico: ***(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :*** _____

Si la prestación la realiza en el domicilio del asociado, debe completar esa dirección y no corresponde presentar habilitación municipal

Debe estar completo y legible

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS *DESDE*					
HORARIOS *HASTA*					

Completar el cronograma de asistencia semanal con horarios

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

No olvidar completar el consentimiento
- Nombre completo del asociado o responsable.
- Tipo y número de documento

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
Firma del Profesional o Responsable de la Institución	Firma
Sello o Aclaración del Profesional	Aclaración
Sello de la Institución	Tipo y N° de Documento

Asociado/Responsable - No olvidar de Completar
- Firma
- Aclaración
- Tipo y número de documento

Prestador - No olvidar de Completar
- Firma
- Sello legible
- Aclaración

FORMULARIO PARA CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA 2027

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

A continuación detallamos los Profesionales que participan en el tratamiento de estimulación temprana:

PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA -se debe detallar el listado completo de los profesionales intervinientes-

Especialidad	Apellido	Nombre	N° Matrícula	Firma y Sello
Médico Pediatra o Neurólogo Infantil				

DEBEN ESTAR DETALLADOS TODOS LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN AL EQUIPO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

Documentación que deben completar los Prestadores de Servicios

Prestación de transporte

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones de Transporte -

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Ficha del Prestador de Transporte (Hoja 1 de 11)
- Formulario Presupuesto de Transporte (Hoja 2 y 3 de 11)
- Carnet de Conducir, vigente (Hoja 4 de 11)
- Habilitación Municipal, vigente (Hoja 5 de 11) → Debe estar vigente
- Póliza y Cobertura de Seguro, vigente (Hoja 6 de 11) → Debe estar vigente
- Verificación Técnica Vehicular (VTV), vigente (Hoja 7 de 11) → Si el vehículo es 0 km o no le corresponde VTV por antigüedad, presentar copia del Título de Propiedad del Vehículo
- Constancia de Inscripción de ARCA, vigente (debe corresponder con la actividad principal de traslado) (Hoja 8 de 11) → Deberas descargarlo desde la Pagina de ARCA
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos, vigente (Hoja 9 de 11)
  - . Contribuyente local o convenio bilateral → Presentar en caso que posea
  - . Certificado Exención y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos → Lo brinda el organismo provincial. En el caso contrario, debés solicitarlo a tu Contador que lo realice
  - . Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276 → API prestadores únicamente de Santa Fe
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 10 de 11)
- Constancia Policial de Domicilio, del Asociado (Hoja 11 de 11) → Debe ser brindada por el asociado
- Mapa Google Maps con el menor recorrido (se autorizará el menor recorrido establecido) → Recordá que debe presentarse el de menor recorrido

- Recordá que la actividad declarada en la constancia de inscripción de ARCA debe corresponder a la prestación de servicios de transporte.
- La constancia Policial de Domicilio, debe ser brindada por el asociado (Emitida por la policía). En caso de no tener esta documentación, debe presentar la "Nota declaratoria por documentación no presentada", justificando el motivo.

FICHA DEL PRESTADOR DE TRANSPORTE 2027

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° DE PRESTADOR (si posee): _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO: _____ DPTO.: _____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

No completar en caso de ser un nuevo prestador

Importante que esté completo y actualizado

Importante que esté legible

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

Debe coincidir con la constancia de CBU emitida por home banking

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

Marque la opción correspondiente (campo obligatorio)

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Marcar por SI o por NO, sin excepción

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA / ACLARACIÓN

Completar
- Firma
- Aclaración
- Sello legible si posee

FORMULARIO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE 2027

FECHA: ___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

Debe ser anterior al comienzo del tratamiento (informado en prest. amb. por sesión)

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Correo Electrónico: **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :** _____

Importante que este legible

RECORRIDO

- Debés completar por cada recorrido.
- Verificar que todos los campos se encuentren completos.

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar) acompañado de su respectivo mapa. Indicar con una cruz si corresponde Ida y Regreso o solo uno de los trayectos.

RECORRIDO 1

☐ IDA
☐ REGRESO

Nombre del lugar a donde se traslada el Asociado: _____
Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____
Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2027
Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

RECORRIDO 2

☐ IDA
☐ REGRESO

Nombre del lugar a donde se traslada el Asociado: _____
Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____
Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2027
Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

RECORRIDO 3

☐ IDA
☐ REGRESO

Nombre del lugar a donde se traslada el Asociado: _____
Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____
Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2027
Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

FORMULARIO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE 2027

RECORRIDO 4

☐ IDA
☐ REGRESO

Nombre del lugar a donde se traslada el Asociado: _____

Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2027

Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

RECORRIDO 5

☐ IDA
☐ REGRESO

Nombre del lugar a donde se traslada el Asociado: _____

Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2027

Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

Prestación con dependencia *(sujeto a evaluación)*: **SI** ☐ **NO** ☐

En caso de requerir dependencia, detallar apoyos específicos que se brindan:

_____

_____

CANTIDAD DE KILOMETROS MENSUALES: _____

MONTO MENSUAL: $ _____

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
Firma del Transportista	Firma
Aclaración	Aclaración
	Tipo y N° de Documento

Asociado necesita dependencia
Marcar por SI o NO

Detallar la asistencia brindada al asociado

Completar el total de todos los recorridos

Completar el consentimiento
- Nombre completo del asociado o responsable
- Tipo y número de documento

Prestador - No olvidar completar
- Firma
- Sello legible
- Aclaración

Asociado/Responsable - No olvidar completar
- Firma
- Aclaración
- Tipo y número de documento

Otros formularios

Nota de solicitud de fin o cambio de prestación 2027

Se presenta en caso de realizar un fin de tratamiento, o cambio de prestador.

NOTA DE SOLICITUD DE FIN O CAMBIO DE PRESTACIÓN 2027

Apellido y Nombre del Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de _____

(Ej: Psicologia, Fonoaudiologia, CET, etc.) con el Profesional y/o Institución _____

a partir de la fecha ___/___/___

Solicito nueva alta para la prestación de _____

con el Profesional y/o Institución _____

a partir de la fecha ___/___/___ *y por el período* _____

Motivo del fin o cambio de prestación: _____

FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

Completar por asociado o responsable

- Firma
- Aclaración
- Tipo y N° de Documento

La presentación de la documentación será necesaria únicamente si la prestación del 2027 ya ha sido aprobada.

- Si el asociado inicia el año 2027 con un nuevo prestador, no será necesario presentar la documentación de finalización de tratamiento.
- Se deberá presentar la documentación requerida correspondiente a la prestación, según lo indicado en el Manual de acceso a prestaciones de discapacidad 2027.

Formulario nota aclaratoria por documentación no presentada

Completar en caso de no contar con alguna documentación para evitar rechazos.

FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *Nº:* _____

DOCUMENTACIÓN 1 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 2 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 3 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 4 NO PRESENTADA

Motivos: _____

FIRMA DEL ASOCIADO / RESPONSABLE

ACLARACIÓN

OBS-FR05070-R01

Completar por Asociado/Responsable

- Firma
- Aclaración