ESCOLARIDAD ESPECIAL

SWISS MEDICAL

Condiciones generales para la documentación:

- La documentación deberá estar firmada de puño y letra (firma ológrafa). No se aceptarán firmas digitales o copiadas y pegadas.
- Debe enviarse en formato JPG o PDF, por medios digitales. El contenido debe ser completamente legible, sin imágenes borrosas ni pixeladas.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al período solicitado de la prestación.
- Deberá existir coincidencia entre el resumen de historia clínica, la orden médica, el plan de tratamiento y el presupuesto.
- La documentación no debe contener tachaduras ni diferencias de tinta o letra. En caso de correcciones, estas deberán ser salvadas con firma y sello.
- Todos los anexos deberán estar completos en su totalidad. Los datos obligatorios son: nombre y apellido, DNI, edad y diagnóstico.
- En caso de realizar un cambio de prestador, se deberá presentar, junto con la documentación requerida para dicha prestación, el formulario de conformidad prestacional y la nota de cambio. Ambos formularios están incluidos en los requisitos generales. Si se modifica el esquema terapéutico, será necesaria una nueva orden médica.

Podrá ser:
Nivel inicial, Nivel Primario, Formación laboral, Aprestamiento laboral.

- **Orden médica según formulario "Prescripción médica – Escolaridad especial".**

Prescripta por el mismo médico tratante que realizó el resumen de historia clínica. Detallar fecha de emisión, diagnóstico, prestación, frecuencia, período, nombre y apellido, DNI y edad.

- **Constancia de alumno regular con Clave Única de Establecimiento (CUE).**

Podrá presentarse hasta 60 (sesenta) días después de comenzado el ciclo escolar.

- **Informe de evaluación inicial.**

Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación. Debe indicar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.

- **Informe evolutivo de la prestación.**

Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo. Se solicitará exclusivamente si la prestación se otorgó el año anterior. Debe indicar el período de abordaje, la modalidad de prestación, la descripción de las intervenciones realizadas y los resultados alcanzados.

- **Plan de abordaje individual.**

Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo. Debe indicar el período de abordaje, la modalidad de prestación, los objetivos específicos del tratamiento y las estrategias que se implementaran para el logro de los mismos.

- **Presupuesto prestacional de Institución Educativa.**

Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo.

- **Categorización de la institución.**

Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

- **Constancia de inscripción en ARCA (CUIT).**

- **Comprobante de CBU de la institución emitido por entidad bancaria.**

- **Formulario de acreditación en cuenta bancaria.**

PRESCRIPCIÓN MÉDICA ESCOLARIDAD ESPECIAL

Fecha: _____/_____/_____

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

_____

_____

Prestación: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Tipo de jornada: Simple ☐ Doble ☐

Periodo: desde: _____/_____/_____ hasta: _____/_____/_____

_____

Firma y sello del médico tratante

PRESUPUESTO PRESTACIONAL DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y N.° de Documento: (___) _____

Prestación (según mecanismo integración): _____

Categoría: _____ Tipo de jornada: _____ Incluye colación y almuerzo: Si ☐ No ☐

Período solicitado: _____/ 20 _____ hasta _____/ 20 _____ Monto mensual: _____

Observaciones: _____

Nombre de la Institución: _____ Clave Única de Establecimiento (CUE): _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

N.° de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A.: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

_____

Firma, Aclaración y Sello del prestador

FORMULARIO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA PRESTADOR DE DISCAPACIDAD

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre o razón social del prestador: _____ CUIT del prestador: _____

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE SE ACREDITARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

Nombre del titular de la cuenta: _____

Alias (*): _____ (*Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas).

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____ Sucursal: _____

☐ Caja de Ahorro ☐ Cuenta Corriente ☐ Otras: _____

CBU: _____

CUIT Nro. _____ CUIL Nro. _____ CDI Nro. _____

(Completar la opción CUIT, CUIL, CDI que corresponda al titular de la cuenta).

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

_____	_____	_____
Fecha	Firma y sello del prestador o representante legal	Aclaración de firma

MAESTRA DE APOYO

SWISS MEDICAL

Condiciones generales para la documentación:

- La documentación deberá estar firmada de puño y letra (firma ológrafa). No se aceptarán firmas digitales o copiadas y pegadas.
- Debe enviarse en formato JPG o PDF, por medios digitales. El contenido debe ser completamente legible, sin imágenes borrosas ni pixeladas.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al período solicitado de la prestación.
- Deberá existir coincidencia entre el resumen de historia clínica, la orden médica, el plan de tratamiento y el presupuesto.
- La documentación no debe contener tachaduras ni diferencias de tinta o letra. En caso de correcciones, estas deberán ser salvadas con firma y sello.
- Todos los anexos deberán estar completos en su totalidad. Los datos obligatorios son: nombre y apellido, DNI, edad y diagnóstico.
- En caso de realizar un cambio de prestador, se deberá presentar, junto con la documentación requerida para dicha prestación, el formulario de conformidad prestacional y la nota de cambio. Ambos formularios están incluidos en los requisitos generales. Si se modifica el esquema terapéutico, será necesaria una nueva orden médica.

Podrá ser:
Psicopedagogo/a, Psicólogo/a, Maestro/a especial.

- **Orden médica según formulario "Prescripción médica – Maestra de Apoyo".**

Prescripta por el mismo médico tratante que realizó el resumen de historia clínica. Detallar fecha de emisión, diagnóstico, prestación, frecuencia, período, nombre y apellido, DNI y edad.

- **Constancia de alumno regular con Clave Única de Establecimiento (CUE)**

Podrá presentarse hasta 60 (sesenta) días después de comenzado el ciclo escolar.

- **Informe de evaluación inicial.**

Confeccionado, firmado y sellado por el profesional que lo llevará a cabo. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación. Debe indicar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.

- **Informe evolutivo de la prestación.**

Confeccionado, firmado y sellado por el profesional que lo llevará a cabo. Se solicitará exclusivamente si la prestación se otorgó el año anterior. Debe indicar el período de abordaje, la modalidad de prestación, la descripción de las intervenciones realizadas y los resultados alcanzados.

- **Plan de abordaje individual.**

Confeccionado, firmado y sellado por el profesional que lo llevará a cabo. Debe indicar el período de abordaje, la modalidad de prestación, los objetivos específicos del tratamiento y las estrategias que se implementaran para el logro de los mismos.

- **Adaptación curricular.**

Podrá presentarse hasta 60 (sesenta) días después de comenzado el ciclo escolar. Deberá contener:

- Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia).
- Domicilio donde se brinda la prestación.
- Datos de la escuela: nombre, dirección, grado, turno de asistencia.

- **Presupuesto prestacional de Maestra de Apoyo.**

Confeccionado, firmado y sellado por el profesional que lo llevará a cabo.

- **Acta de Acuerdo de Maestra de Apoyo.**

Firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Podrá presentarse hasta 60 (sesenta) días después de comenzado el ciclo escolar.

- **Título habilitante (frente y dorso) y Certificado analítico de materias.**

- **Constancia de inscripción en ARCA (CUIT).**

- **Comprobante de CBU del profesional emitido por entidad bancaria.**

- **Formulario de acreditación en cuenta bancaria.**

PRESCRIPCIÓN MÉDICA MAESTRA DE APOYO

Fecha: _____/_____/_____

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

_____

Prestación: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Cantidad de horas semanales: _____

Periodo: desde: _____/_____/_____ hasta: _____/_____/_____

_____

Firma y sello del médico tratante

PRESUPUESTO PRESTACIONAL MAESTRA DE APOYO

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y N.° de Documento: (___) _____

Prestación (según mecanismo integración): _____

Período solicitado: _____/ 20 _____ hasta _____/ 20 _____

Cantidad de horas semanales: _____ Monto mensual: $ _____

Observaciones: _____

Institución educativa en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Apellido y nombre del profesional: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

N.° de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A.: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

_____

Firma, Aclaración y Sello del profesional

El Módulo de Maestra de Apoyo implica una carga horaria mínima de 8hs semanales, caso contrario se considera la prestación como Maestra de Apoyo por hora.

ACTA DE ACUERDO
MAESTRA DE APOYO

Fecha: _____/_____/_____

En el día de la fecha, en la ciudad de _____ se establece un común acuerdo entre el nombrado Establecimiento _____, el Personal Privado No Docente _____ y la familia del niño/a _____.

Las autoridades del establecimiento conocen y comparten el proyecto del maestro/a de apoyo.

Los padres se comprometen a respetar los horarios de entrada y salida haciéndose también responsable del traslado del/de la alumno/a.

El trabajo de la Maestra/o de Apoyo se realiza entre el establecimiento Educativo y la Maestra/o de Apoyo, siendo todos responsables de la elaboración, ejecución, y evaluación del proyecto. Es por esta que todo cambio o propuesta será llevado a cabo con el consentimiento de cada una de las partes.

Será causal de cierre del proyecto Maestra/o de Apoyo el no cumplimiento de las orientaciones dadas por los actores involucrados, o que no se vean avances en los aprendizajes del/de la alumno/a.

Escuela: _____ Año / Ciclo: _____ Turno: _____

_____	_____	_____
Firma / Sello / Aclaración Establecimiento Escolar	Firma / Sello /Aclaración Maestra/o de Apoyo	Firma /Aclaración /DNI Familiar responsable

FORMULARIO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA PRESTADOR DE DISCAPACIDAD

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre o razón social del prestador: _____ CUIT del prestador: _____

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE SE ACREDITARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

Nombre del titular de la cuenta: _____

Alias (*): _____ (*Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas).

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____ Sucursal: _____

☐ Caja de Ahorro ☐ Cuenta Corriente ☐ Otras: _____

CBU: _____

CUIT Nro. _____ CUIL Nro. _____ CDI Nro. _____

(Completar la opción CUIT, CUIL, CDI que corresponda al titular de la cuenta).

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

_____	_____	_____
Fecha	Firma y sello del prestador o representante legal	Aclaración de firma

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

SWISS MEDICAL

Condiciones generales para la documentación:

- La documentación deberá estar firmada de puño y letra (firma ológrafa). No se aceptarán firmas digitales o copiadas y pegadas.
- Debe enviarse en formato JPG o PDF, por medios digitales. El contenido debe ser completamente legible, sin imágenes borrosas ni pixeladas.
- La fecha de emisión deberá ser anterior al período solicitado de la prestación.
- Deberá existir coincidencia entre el resumen de historia clínica, la orden médica, el plan de tratamiento y el presupuesto.
- La documentación no debe contener tachaduras ni diferencias de tinta o letra. En caso de correcciones, estas deberán ser salvadas con firma y sello.
- Todos los anexos deberán estar completos en su totalidad. Los datos obligatorios son: nombre y apellido, DNI, edad y diagnóstico.
- En caso de realizar un cambio de prestador, se deberá presentar, junto con la documentación requerida para dicha prestación, el formulario de conformidad prestacional y la nota de cambio. Ambos formularios están incluidos en los requisitos generales. Si se modifica el esquema terapéutico, será necesaria una nueva orden médica.

- **Orden médica según formulario "Prescripción médica – Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (Equipo)".**

Prescripta por el mismo médico tratante que realizó el resumen de historia clínica. Detallar fecha de emisión, diagnóstico, prestación, frecuencia, período, nombre y apellido, DNI y edad.

- **Constancia de alumno regular con Clave Única de Establecimiento (CUE)**

Podrá presentarse hasta 60 (sesenta) días después de comenzado el ciclo escolar.

- **Informe de evaluación inicial.**

Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación. Debe indicar los instrumentos de valoración aplicados y los resultados del proceso de evaluación.

- **Informe evolutivo de la prestación.**

Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo. Se solicitará exclusivamente si la prestación se otorgó el año anterior. Debe indicar el período de abordaje, la modalidad de prestación, la descripción de las intervenciones realizadas y los resultados alcanzados.

- **Plan de abordaje individual.**

Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo. Debe indicar el período de abordaje, la modalidad de prestación, los objetivos específicos del tratamiento y las estrategias que se implementaran para el logro de los mismos.

- **Adaptación curricular.**

Podrá presentarse hasta 60 (sesenta) días después de comenzado el ciclo escolar. Deberá contener:
- Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia).
- Domicilio donde se brinda la prestación.
- Datos de la escuela: nombre, dirección, grado, turno de asistencia.

- **Presupuesto prestacional de Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (Equipo).**

Confeccionado, firmado y sellado por la institución que lo llevará a cabo.

- **Acta de Acuerdo de Apoyo a la Integración Escolar (Equipo).**

Firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Podrá presentarse hasta 60 (sesenta) días después de comenzado el ciclo escolar.

- **Acreditación de la institución o equipo.**

Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N°1328/06- MSalud).

- **Constancia de inscripción en ARCA.**

- **Comprobante de CBU de la institución emitido por entidad bancaria.**

- **Formulario de acreditación en cuenta bancaria.**

PRESCRIPCIÓN MÉDICA MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

Fecha: _____/_____/_____

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

_____

Prestación: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Cantidad de horas semanales: _____

Periodo: desde: _____/_____/_____ hasta: _____/_____/_____

_____

Firma y sello del médico tratante

PRESUPUESTO PRESTACIONAL MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO)

Fecha: _____/_____/_____

Asociado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y N.° de Documento: (___) _____

Prestación (según mecanismo integración): _____

Período solicitado: _____/ 20 _____ hasta _____/ 20 _____

Cantidad de horas semanales: _____ Monto mensual: $ _____

Observaciones: _____

Institución educativa en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Prestador (Razón social): _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

N.° de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A.: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

_____

Firma, Aclaración y Sello del prestador

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

Fecha: _____/_____/_____

En el día de la fecha, en la ciudad de _____ se establece un común acuerdo entre el nombrado Establecimiento _____ , el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar _____ y la familia del niño/a _____.

Las autoridades del establecimiento conocen y comparten el proyecto de Apoyo a la Integración Escolar.

Los padres se comprometen a respetar los horarios de entrada y salida haciéndose también responsable del traslado del/de la alumno/a.

El trabajo de Apoyo a la Integración Escolar se realiza entre el establecimiento Educativo y la Integradora y su equipo de trabajo, siendo todos responsables de la elaboración, ejecución, y evaluación del proyecto. Es por esta que todo cambio o propuesta será llevado a cabo con el consentimiento de cada una de las partes.

Será causal de cierre de proyecto de Integración Escolar el no cumplimiento de las orientaciones dadas por los actores involucrados en la Integración Escolar a la familia, o que no se vean avances en los aprendizajes del/de la alumno/a.

Escuela: _____ Año / Ciclo: _____ Turno: _____

_____	_____	_____
Firma / Sello / Aclaración Establecimiento Escolar	Firma / Sello /Aclaración Integración escolar (Equipo)	Firma /Aclaración /DNI Familiar responsable

FORMULARIO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA PRESTADOR DE DISCAPACIDAD

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre o razón social del prestador: _____ CUIT del prestador: _____

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE SE ACREDITARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

Nombre del titular de la cuenta: _____

Alias (*): _____ (*Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas).

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____ Sucursal: _____

☐ Caja de Ahorro ☐ Cuenta Corriente ☐ Otras: _____

CBU: _____

CUIT Nro. _____ CUIL Nro. _____ CDI Nro. _____

(Completar la opción CUIT, CUIL, CDI que corresponda al titular de la cuenta).

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

_____	_____	_____
Fecha	Firma y sello del prestador o representante legal	Aclaración de firma