

**DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL PROFESIONAL ACTUANTE****APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR – MAESTRA DE APOYO**

- Formulario de Datos del Prestador.  
-----
- Certificado de Alumno Regular en escuela común.  
-----
- Formulario de Presupuesto.  
-----
- Formulario de Plan de Trabajo.  
-----
- Formulario de Acta Acuerdo entre las Partes.  
-----
- Adaptaciones Curriculares/PPI/DIAC.  
-----
- En caso de equipo: inscripción en AND y Categorización. En caso de maestra individual: Título con N° de resolución.  
-----
- Certificado analítico de materias y título definitivo.  
-----
- Constancia de Cuit. Constancia de CBU, de Ingresos Brutos e Inscripción en AFIP.  
-----
- Informe de evaluación inicial:** Se solicitará exclusivamente solo al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.  
-----
- Informe de seguimiento SEMESTRAL:** A los seis meses (año calendario) se deberá presentar un informe de seguimiento del tratamiento. En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.  
-----
- Informe evolutivo FINAL de la prestación:** En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.  
Aquellos prestadores que ya brindan tratamiento, deberán presentar el correspondiente al año 2022 para poder brindar el tratamiento en el 2023.  
-----
- Planilla de asistencia mensual. La misma revestirá el carácter de **DECLARACIÓN JURADA**.

- *No puede contener enmiendas ni tachaduras, toda la documentación deberá estar completa con el mismo color de tinta.*
- *Toda la documentación deberá estar dirigida a nombre de la Obra Social.*
- *Se deberá contar con toda la documentación requerida para poder acceder a la cobertura de los tratamientos solicitados.*

**ATENCIÓN: Se gestionará la autorización con fecha de inicio del tratamiento en mes en curso en que se presente la documentación de manera completa y aprobada por Auditoría. No se autorizarán retroactividades. SIN EXCEPCIÓN.**

**FORMULARIO DE DATOS DEL PRESTADOR**

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

Prestador (Nombre/Razón Social): .....

Modalidad: ..... Matrícula: .....

CUIT: ..... Domicilio Consultorio: .....

Teléfono Fijo: ..... Teléfono Celular: .....

Correo Electrónico: .....

CBU: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... Código Postal: .....

**PRESUPUESTO**

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

Domicilio de Atención: .....

 Prestación:  Maestra de apoyo  Integración escolar

Período prestacional: Desde ..... a ..... Año.....

Carga horaria mensual: ..... Valor de la Prestación Mensual: .....

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA**

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario	De..... hs. a .....hs.	De..... hs. a .....hs.	De..... hs. a .....hs.	De..... hs. a .....hs.	De..... hs. a .....hs.	De..... hs. a .....hs.	De..... hs. a .....hs.

**PARA**

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario/a: ..... Tipo y N° de Documento: .....

Edad: ..... Sexo: .....

 Firma y sello con matrícula del Profesional  
 o firma y sello del Representante Institucional

**PLAN DE TRABAJO**

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

Obra Social: .....

Prestación: .....

**DATOS DEL BENEFICIARIO:**

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario/a: ..... Tipo y N° de Documento: .....

Edad: ..... Sexo: .....

**Período**

Desde ..... Hasta ..... Año .....

**Modalidad**

.....  
.....

**Abordaje**

.....  
.....

**Objetivos**

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

**ADJUNTAR DIAC/PPI**

(DIAC: Documento Individual de Adaptaciones Curriculares;  
PPI: Proyecto Pedagógico Individual)

Firma y sello con matrícula del profesional o  
firma y sello del Representante Institucional

**INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL**

Completar exclusivamente al comienzo de una nueva prestación.

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

Obra Social: .....

Prestación: .....

**DATOS DEL BENEFICIARIO:**

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario/a: ..... Tipo y N° de Documento: .....

Edad: ..... Sexo: .....

**Instrumentos de valoración aplicados**

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

**Resultados del proceso de valoración**

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

Firma y sello con matrícula del profesional o  
firma y sello del Representante Institucional

**INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL**

Completar exclusivamente ante la continuidad de una prestación ya autorizada.

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

Obra Social: .....

Prestación: .....

**DATOS DEL BENEFICIARIO:**

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario/a: ..... Tipo y N° de Documento: .....

Edad: ..... Sexo: .....

**Período de abordaje**

Desde ..... Hasta ..... Año .....

**Modalidad de prestación**

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

**Objetivos Trabajados**

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

**Avances Terapéuticos**

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

Firma y sello con matrícula del Profesional  
o firma y sello del Representante Institución

**Dificultades a seguir trabajando**

.....

.....

.....

**Objetivos para el próximo Semestre**

.....

.....

.....

**Observaciones/ Comentarios**

.....

.....

.....

.....

.....

---

Firma y sello con matrícula del Profesional  
o firma y sello del Representante Institucional

**INFORME EVOLUTIVO FINAL DE LA PRESTACIÓN**

Completar exclusivamente al final de una prestación ya autorizada.

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

Obra Social: .....

Prestación: .....

**DATOS DEL BENEFICIARIO:**

Nombre y Apellido: .....

N° de Beneficiario/a: ..... Tipo y N° de Documento: .....

Edad: ..... Sexo: .....

**Período de abordaje**

Desde ..... Hasta ..... Año .....

**Modalidad de prestación**

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

**Objetivos Trabajados**

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

**Avances Terapéuticos**

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

Firma y sello con matrícula del Profesional  
o firma y sello del Representante Institucional

---

**Dificultades a seguir trabajando**

.....

.....

.....

**Objetivos para el próximo Semestre**

.....

.....

.....

**Observaciones/ Comentarios**

.....

.....

.....

.....

.....

---

Firma y sello con matrícula del Profesional  
o firma y sello del Representante Institucional



---

## MODELO ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN

En la ciudad de ..... a los ..... días de mes de ..... de ..... se establece en común acuerdo entre las instituciones ..... y los padres del alumno/a ..... para el ciclo lectivo .....lo siguiente:

- 1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeña el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. 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 a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.
  - 5- Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.
  - 6- Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.
  - 7- Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones.
- Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

---

Firma de los padres

---

Firma de los directivos  
de la escuela

---

Firma del equipo  
de integración