

Instructivo para Educación Especial: Formación Laboral

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. **Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.**

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar esta prestación. <https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: **(la misma debe ser presentada el mes anterior al inicio del tratamiento)**

1. Prescripción médica

**RP/
Nombre y Apellido:
DNI**

Solicito: FORMACIÓN LABORAL, TIPO DE JORNADA

PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMBRE 2020
Diagnostico:

**FECHA: debe ser anterior al comienzo de la
prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2019**

Fecha: 30/12/2019

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002)
3. Informe evolutivo del año 2019 - (en caso de que haya concurrido a la escuela. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2019)
4. Plan de tratamiento detallando en el mismo (la fecha de emisión del plan de tratamiento debe ser posterior al que figure en la orden médica.
 - Objetivos a corto y mediano plazo
 - Modalidad de abordaje
 - Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
5. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
6. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
7. Habilidad
8. Seguro de la institución
9. Constancia de opción / inscripción en la Afip
10. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU **(socios privados/particulares exentos de esta presentación)**
11. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001- 004 -006**(las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal)

Fecha: _____

Actualización de datos

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ **Piso:** _____ **Dpto.:** _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____

Tel de celular: _____ **Tel alternativo:** _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra ial:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

PRESTACIONES INSTITUCIONALES//EDUCATIVAS

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

PRESTACIÓN: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO REAL DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

TIPO DE JORNADA: SIMPLE DOBLE

Categoría: A B C Prestación con dependencia: SI NO

CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS

DÍAS Y HORARIOS:

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2020

VALOR DE LA SESIÓN: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del prestador
 _____ con CUIT N° _____ a efectuarse en el
 domicilio _____ en la localidad de _____
 durante el período de _____ hasta _____ 2020.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Directivo/Responsable de la Institución: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

En caso de que el socio sea de Galeno privado esta información es del socio titular donde se reintegrara la prestación

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ____/____/____

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

- ❖ **Caja de Ahorro N°:** _____
- ❖ **CBU:** _____
- ❖ **Banco Emisor:** _____
- ❖ **E-mail:** _____
- ❖ **Confirmar E-mail:** _____

ESTOS DATOS SOLO TIENEN VALIDEZ CON LA PRESENTACION DEL EXTRATO BANCARIO QUE LOS CERTIFIQUE

Firma y sello de Profesional

Aclaración

DNI