

Instructivo para Módulo de Apoyo a la Integración Escolar con Equipo

Los servicios educativos de apoyo a las instituciones de educación común tienen por objeto, ofrecer los apoyos específicos para la evaluación y la atención de alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes, dentro del ámbito de la educación común. Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo.

El equipo de apoyo técnico especializado podrá pertenecer a una escuela especial, cet con integración escolar o actuar independientemente, capacitado para tal fin, deberá articular y coordinar su accionar, con el equipo docente, profesional de la escuela común donde el niño concurra y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio deberá brindarse por módulo de un **mínimo de 8 horas semanales**. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional. **Si el niño con necesidades educativas especial requiere mayor cantidad de horas de apoyo, el servicio de integración escolar deberá arbitrar los medios necesarios para la inclusión integral del niño.**

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 del inicio)

1. Prescripción médica

<p>RP/ Nombre y Apellido: DNI</p> <p>Solicito: MÓDULO DE APOYO A LA INT. ESC. Y EQUIPO</p> <p>PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMBRE 2020 Diagnostico:</p> <p>FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2019</p> <p>Fecha: 30/12/2019</p>

2. Certificado de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 002)
3. Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; institución educativa común; institución que brinda la integración escolar
4. Informe evolutivo del año 2019 - (en caso de que haya realizado esta prestación. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2019)
5. 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.
 - o Objetivos a corto y mediano plazo
 - o Modalidad de abordaje
 - o Adaptaciones curriculares
 - o Presupuesto: días horarios – valor mensual según resolución vigente
6. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
7. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
8. Habilidadación - Seguro de la institución - Constancia de opción / inscripción en la Afip
9. 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**)
10. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-002-004 y 007** (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 social:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Colegio:
CUE N°: _____
Nombre y Apellido del alumno
DNI:

Se hace constar que el alumno _____ con DNI _____ es alumno regular de _____ grado/año turno _____. Se encuentra matriculado para el año 2020 en el grado/año _____ del turno _____ en el horario de _____.

Se extiende esta constancia en _____ a los _____ días del mes _____ del año _____.

Firma autoridad del colegio: _____

Sello del colegio: _____

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR CON EQUIPO

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

Cantidad de horas diarias: _____

Datos del prestador

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____

N° DE CUIT: _____

E-MAIL: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIAS

DÍAS Y HORARIOS:

Institución / Escuela en la que se brindará la prestación: _____

Domicilio de la institución: _____ N°: _____ Localidad: _____

Provincia: _____

PERÍODO DESDE _____ HASTA _____ 2020

VALOR MENSUAL: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO

Presto conformidad para la prestación de _____ a cargo del Equipo

_____ 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: _____

ACTA DE ACUERDO INTEGRACIÓN ESCOLAR

Fecha:

Lugar de emisión:

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

<u>PARTES INTERVINIENTES</u>	<u>REPRESENTANTES</u>	<u>DNI</u>
Escuela		
Maestra de Apoyo / Equipo de Integración Escolar		
Familia		

La institución educativa y el/la Maestro/a de apoyo / Equipo de AIE se comprometen a:

- Atender al alumno/a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el/la alumno/a mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma -Aclaración y Sello de la Escuela

Firma Aclaración y sello Maestra/o / Equipo

Firma del Responsable del Alumno

Aclaración

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