

## Instructivo para Módulo Maestra de Apoyo

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común, **EXCLUSIVAMENTE por PSICOPEDAGOGOS y/o DOCENTES ESPECIALES, se evaluarán aquellas maestras/o con título de psicóloga/o, psicopedagoga/o, y Lic. En ciencias de la educación, con títulos habilitantes.**

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente). **El módulo de Maestro de Apoyo implica una carga horaria de 20hs. semanales**, El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria al mismo afiliado.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación: la misma deberá estar presentada el mes anterior al inicio del trabajo.

### 1. Ejemplo de orden medica

**RP/  
Nombre y Apellido:  
DNI**

**Solicito: MÓDULO MAESTRA DE APOYO, CANTIDAD DE  
HORAS SEMANALES**

**PERIODO: DE MARZO A DICIEMBRE 2023**  
**Diagnóstico:**

**FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En  
este caso sería antes del 31 dic 2022**

**Fecha: 30/12/2022**

2. Resumen de historia clínica **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 012)
3. Certificado de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** ( UNO semestralmente. Adjuntar planilla N° 002)
4. Acta Acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; institución educativa común; institución que brinda la integración escolar **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N°007)
5. Informe evolutivo del año 2022 - (en caso de que haya concurrido a la escuela. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2022)
6. 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
7. Título habilitante
8. Seguro de mala praxis / responsabilidad civil
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: 001-002-004-007-009 y 012** (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal)

**Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)**

Fecha: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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 2021 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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Adjuntar extracto de constancia de CBU para validar esta información

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte /  
Responsable de la Institución

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI

**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 y Sello de la Escuela

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Maestra/o // Equipo Integrador

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable del Alumno

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**MAESTRA DE APOYO**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **N° DE DNI:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de horas diarias:** \_\_\_\_\_

*Datos del prestador*

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_ **PROVINCIA:** \_\_\_\_\_

**TEL DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_ **N° DE CUIT:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

*CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD AULICA*

**DÍAS Y HORARIOS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Institución / Escuela común en la que se brindará la prestación:** \_\_\_\_\_

**Domicilio de la institución:** \_\_\_\_\_ **N°:** \_\_\_\_\_

**Localidad:** \_\_\_\_\_ **Provincia:** \_\_\_\_\_

**PERÍODO DESDE** \_\_\_\_\_ **HASTA** \_\_\_\_\_ **2023.**

**VALOR HORA / MENSUAL:** \_\_\_\_\_ **SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS.**

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**

Presto conformidad para la prestación de \_\_\_\_\_ a cargo del profesional

\_\_\_\_\_ a efectuarse en el

domicilio \_\_\_\_\_ en la localidad de

\_\_\_\_\_ durante el período de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

2023.

Firma del Titular: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Resumen de Historia Clínica**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ N° DE DNI: \_\_\_\_\_

DIAG. SEGÚN CUD: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del médico tratante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_