

## 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/consultar/p/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

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

1. Ejemplo de orden medica

**RP/  
Nombre y Apellido:  
DNI**

**Solicito: MÓDULO DE APOYO A LA INT. ESC. Y EQUIPO**

**PERIODO: DE FEBRERO A DICIEMBRE 2023**  
**Diagnostico:**

**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 completo **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 realizado esta prestación. 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 vigente
7. Categorización del Servicio expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad
8. Copia completa de la Inscripción Vigente expedida por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Institución
9. Habilitación - Seguro de la institución - 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: 001-002-004-007-008 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 2023 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

**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 \_\_\_\_\_ 2023.

VALOR MENSUAL: \_\_\_\_\_ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**

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 \_\_\_\_\_ 2023.

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

Aclaración: \_\_\_\_\_

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

Firma y sello del Directivo/Responsable de la Institución: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_