

Instructivo para Educación Especial Inicial - EGB -

Nivel Inicial

Proceso educativo especial correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello. Escuelas categorizadas para brindar esta prestación.

EGB

Proceso educativo especial programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

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. Ejemplo de orden medica

**RP/
Nombre y Apellido:
DNI**

Solicito: EDUCACIÓN ESPECIAL, NIVEL EGB O INICIAL

PERIODO: DE FEBRERO 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 completo **ORIGINAL** (Adjuntar planilla N° 012)
3. Constancia de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (UNO semestralmente. Adjuntar planilla N° 002)
4. Informe evolutivo del año 2022 - (en caso de que haya concurrido a la escuela. Este informe debe tener fecha siempre Diciembre, 2022)
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 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. Habilitación
9. Seguro de la institución
10. Constancia de opción / inscripción en la Afip
11. 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**)
12. **ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NUMERO: 001-002-004-006 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

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 _____ 2023.

VALOR MENSUAL: _____ SEGÚN RESOLUCIÓN VIGENTE DE LA ANDIS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

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 _____ 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: _____