

Solicitud para las prestaciones Maestra de Apoyo a la inclusión y Módulo Apoyo a la Inclusión Escolar



REQUERIMIENTOS PARA EL BENEFICIARIO/A

Certificado de Discapacidad: si el CUD está vencido, recuerde enviar la constancia de renovación emitida por la junta de evaluación, esto permitirá dar continuidad a la prestación

MODIFICACIONES EN LA PRESTACIÓN.

Para un adecuado asesoramiento, en caso de requerir cambio de prestador o modalidad prestacional, le solicitamos comunicarse por email a discapacidad.ostel@gmail.com

NOTA: la documentación que se envíe por correo debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido.



REQUERIMIENTOS PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

1 Resumen de Historia Clínica (protocolo en adjunto)

2 Prescripción médica indicar periodo de la prestación.

Debe ser original.

Deberá contener: Nombre del/a Afiliado/a, DNI, Diagnóstico

Solicitar:

Módulo de Apoyo a la integración Escolar (**si está a cargo de una institución**)

Módulo Maestra de Apoyo (**si está a cargo de un profesional Independiente**).

Periodo: Marzo-diciembre

Resumen de Historia Clínica

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI:

Nro. Afiliado:

Edad:

Diagnóstico:

Informe Integral de la condición de salud:

Descripción de las prestaciones que recibe actualmente:

Firma y sello del profesional





REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

Las instituciones que brinde el Módulo de Apoyo a la Inclusión escolar deberán presentar su categorización definitiva y estar inscripto en la ANDIS

En caso de Maestro de Apoyo, se solicitará título RNP a Lic en Psicopedagogía a cargo.

Documentación específica

- Constancia de alumno regular a escuela común y CUE (nivel inicial, EGB o secundaria)
- Plan de adaptaciones curriculares por materia firmado por equipo a cargo y autoridades de la escuela común.
- Acta acuerdo firmada por familia, integración, y autoridades de la escuela común.
- Presupuesto Prestacional (en adjunto) detalle semanal de días y horarios de la prestación.
- Conformidad prestacional anual (en adjunto)
- Informe de seguimiento semestral (se entrega en el mes de julio)
- Planilla mensual de asistencia (en adjunto)
- Completar Planilla CBU (en adjunto)

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión ____ / ____ / ____

Razón Social del Prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo Electrónico del Contacto _____

Teléfono:- _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar _____

Tipo de Jornada a realizar _____

Categoría: _____

Período: desde _____ hasta: _____

Almuerzo: **Sí** **No.**

Monto Mensual: _____

En caso de
corresponder:

Dependencia: **Sí** - **No.**

Matrícula Anual: _____

Cantidad de Sesiones Mensuales _____ Monto por Sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

Firma y Aclaración del Prestador



CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo

(.....) No....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación

Se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:



Planilla de asistencia

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PRESTADOR:

PRESTACIÓN:

MES:

AÑO:

	FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	ACLARACION O SELLO DEL PRESTADOR	FIRMA DEL AFILIADO	ACLARACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

La información descripta precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades de los arts. 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Planilla CBU

Sres OSTEL:

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones de discapacidad 2023 de acuerdo a lo establecido por Res 406/2016

Prestador.....

Prestador de vuestra Beneficiaria/o:.....

Nro de CUIT/CUIL.....

Cuenta Bancaria Nro.....

Entidad Bancaria.....

Nro CBU.....

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado





REQUERIMIENTOS PARA LA FACTURACIÓN

La factura o recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (CUIT 30-60871639-0 y Nombre)

Presentación mensual (*del 01 al 10 de cada mes*).

Presentar planilla de asistencia mensual.

- La facturación se debe enviar al correo: integracion.ostel@gmail.com en formato PDF emitido por AFIP

La factura deberá presentarse con los siguientes datos:

- Nombre del beneficiario y DNI
- Modalidad y período de la prestación
- Cantidad de horas, importe total

El recibo deberá contener: Nro. de factura que cancela.