

## INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD

**IMPORTANTE:** SE RECUERDA QUE EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA SU AUTORIZACIÓN. POR TAL MOTIVO, **NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.**

**NO SE AUTORIZARÁN PRESTACIONES DE FORMA RETROACTIVA.**

PARA SOLICITAR PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD SERÁ REQUISITO QUE, TANTO EL TITULAR COMO LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, SE ENCUENTREN ACTIVOS EN EL PADRÓN DE BENEFICIARIOS DE LA OBRA SOCIAL, Y **SIN DEUDA DE APORTES.**

A EXCEPCIÓN DE LAS MODALIDADES EDUCATIVAS Y DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR O MAESTRO DE APOYO, LA SOLICITUD DE LAS PRESTACIONES NO DEBERÁ ESTAR SUJETA AL AÑO CALENDARIO Y EL PERIODO A PRESCRIPTO PODRÁ SER IGUAL O MENOR A UN AÑO.

### CONSIDERACIONES GENERALES

- LOS FORMULARIOS DEBEN PRESENTARSE EN EL FORMATO DE LA OBRA SOCIAL O, EN SU DEFECTO, DEBERÁN CONTAR CON EL DNI DEL BENEFICIARIO.
- **LA FECHA DE EMISIÓN DE TODOS LOS FORMULARIOS DEBE SER ANTERIOR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.**
- **LAS FIRMAS EN LOS FORMULARIOS DEBEN SER OLÓGRAFAS,** PUDIENDO PRESENTAR LOS MISMOS A TRAVÉS DE MEDIOS DIGITALES.
- LA DOCUMENTACIÓN DEBE PRESENTARSE SIN ENMIENDAS, TACHADURAS, CORRECCIONES, CAMBIOS DE TINTA O CALIGRAFÍA.
- ANTE LA NECESIDAD DE UN CAMBIO DE PRESTADOR DEBERÁ PRESENTAR NUEVAMENTE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PRESTACIÓN, JUNTO CON LA NOTA MODELO PARA EL CAMBIO (**FORMULARIO 11**). EN CASO DE MANTENER MODALIDAD Y FRECUENCIA NO SERÁ NECESARIA LA PRESENTACIÓN DE LA ORDEN MÉDICA Y EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

## DOCUMENTACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTACIÓN AFILIATORIA</b>
1. FOTOCOPIA DEL DNI (TITULAR Y CAUSANTE)
2. CONSTANCIA DE CUIL (TITULAR Y CAUSANTE)
3. CONSTANCIA DE CODEM DE ANSES – Debe figurar todo el grupo familiar
4. COMPROBANTE DE CONSULTA DEL PADRÓN DE BENEFICIARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
5. BENEFICIARIOS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA: Deben presentar fotocopia de recibo de sueldo (antigüedad no mayor a 60 días a la fecha de inicio de la prestación).
BENEFICIARIOS MONOTRIBUTISTAS: Deben presentar fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.

<b>DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO</b>
1. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE
2. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR – Debe indicar número de CUE
3. CONFORMIDAD POR LAS PRESTACIONES – Firmada por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor <b>(FORMULARIO 5)</b>
4. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - Debe constar la fecha, firma y sello del médico tratante; descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente. <b>FORMULARIO 1)</b>
5. FORMULARIO FIM, en caso de requerir dependencia. Se podrá contemplar para mayores de 6 años. <b>(FORMULARIO 12)</b> Para CET, centro de día y hogares debe estar firmado por un terapeuta ocupacional. Para transporte debe estar firmado por terapeuta ocupacional y/o médico tratante.

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR TIPO DE PRESTACIÓN

<b>SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRO DE APOYO</b>
1. PRESCRIPCIÓN MÉDICA – Debe indicar el periodo prescripto, la modalidad requerida y el tipo de jornada (simple o doble) <b>(FORMULARIO 3)</b>
2. PRESUPUESTO <b>(FORMULARIO 8)</b>
3. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL - con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.
4. INFORME EVOLUTIVO POR ESPECIALIDAD - En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
5. SOLO NUEVAS PRESTACIONES - INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
6. INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL, firmado por el prestador.
7. ACTA ACUERDO – Firmada por el prestador, los directivos de la escuela y la familia. <b>(FORMULARIO 10)</b>
8. SOLO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR: INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD – Solo se aceptarán instituciones que se encuentren categorizadas para la modalidad solicitada
9. SOLO MAESTRO DE APOYO: TÍTULO HABILITANTE Y CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS
10. CONSTANCIA DE AFIP
11. CONSTANCIA DE CBU
12. INSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder
<p><b>Las figuras de APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR y MAESTRO DE APOYO se excluyen entre sí, por lo que deberá solicitar uno de los dos módulos.</b></p> <p><b>El módulo de APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR se reconocerá únicamente con equipos categorizados.</b></p> <p><b>El módulo de MAESTRO DE APOYO se reconocerá únicamente con prestadores individuales que posean títulos de: Psicopedagogo / Docente especial / Lic. en Ciencias de la Educación / Lic. en Psicología.</b></p>

<b>ESCOLARIDAD ESPECIAL - PRESTACIONES TERAPÉUTICO-EDUCATIVAS – PRESTACIONES ASISTENCIALES</b> <b>(Escolaridad especial, en todas sus modalidades – CET – CENTRO DE DÍA - HOGARES)</b>	
1.	PREScripción MÉDICA – Debe indicar el periodo prescripto, la modalidad requerida y el tipo de jornada (simple o doble) <b>(FORMULARIO 3)</b>
2.	PRESUPUESTO <b>(FORMULARIO 8)</b>
3.	PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL – Debe indicar período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
4.	INFORME EVOLUTIVO - En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
5.	SOLO NUEVAS PRESTACIONES - INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
6.	INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN BRINDADA, firmado por el prestador.
7.	SOLO MODALIDADES DE HOGAR: INFORME SOCIAL, QUE AVALE SU NECESIDAD, EMITIDO Y FIRMADO POR LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL.
8.	INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD – Solo se aceptarán instituciones que se encuentren categorizadas para la modalidad solicitada
9.	CONSTANCIA DE AFIP
10.	CONSTANCIA DE CBU
11.	INSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder
<b>En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de día y Centro educativo terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual. SOLO SE RECONOCERÁ LA DEPENDENCIA SI ESTÁ INDICADA EN ORDEN MÉDICA Y PRESUPUESTO.</b>	

<b>TRANSPORTE</b>	
1.	PRESCRIPCIÓN MÉDICA - Deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público. <b>(FORMULARIO 4)</b>
2.	PRESUPUESTO DE TRANSPORTE, en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado <b>(FORMULARIO 9)</b>
3.	CONFORMIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE TRANSPORTE <b>(FORMULARIO 6)</b>
4.	HABILITACIÓN, PÓLIZA DE SEGURO, VERIFICACIÓN TÉCNICA VEHICULAR, LICENCIA DE CONDUCIR.
5.	CONSTANCIA DE AFIP, INSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder
6.	CONSTANCIA DE CBU
<b>En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.</b>	

<b>TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN – PRESTADORES INDIVIDUALES (Psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, etc.)</b>	
1.	PRESCRIPCIÓN MÉDICA - Debe indicar el periodo prescripto, la especialidad y cantidad de sesiones. <b>(FORMULARIO 2)</b>
2.	PRESUPUESTO <b>(FORMULARIO 7)</b>
3.	PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL – Debe indicar período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
4.	INFORME EVOLUTIVO - En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
5.	SOLO NUEVAS PRESTACIONES - INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
6.	INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE LA PRESTACIÓN BRINDADA, firmado por el prestador.
7.	TÍTULO HABILITANTE
8.	INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES
9.	CONSTANCIA DE AFIP
10.	CONSTANCIA DE CBU
11.	INSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder

<b>TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN – INSTITUCIONES</b> <b>(Módulo integral simple o intensivo, Estimulación temprana)</b>	
1.	PRESCRIPCIÓN MÉDICA - Debe indicar el periodo prescripto, las especialidades requeridas y su frecuencia. La prescripción del tratamiento no deberá ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones. <b>(FORMULARIO 2)</b>
2.	PRESUPUESTO <b>(FORMULARIO 7)</b>
3.	PLAN DE ABORDAJE POR ESPECIALIDAD – Debe indicar período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos, firmado por el prestador.
4.	INFORME EVOLUTIVO POR ESPECIALIDAD - En el cual conste período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados, firmado por el prestador.
5.	SOLO NUEVAS PRESTACIONES - INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
6.	INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL, firmado por el prestador.
7.	INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD – Solo se aceptarán instituciones que se encuentren categorizadas para la modalidad solicitada
8.	CONSTANCIA DE AFIP
9.	CONSTANCIA DE CBU
10.	INSCRIPCIÓN EN IIBB, CERTIFICADO DE EXENCIÓN DE GANANCIAS, en caso de corresponder

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (FORMULARIO 1)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PRESTACIONES QUE RECIBE ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LA CONDICIÓN DE SALUD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE**

**ORDEN MÉDICA – PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN (FORMULARIO 2)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD: \_\_\_\_\_

SE INDICA \_\_\_\_\_ (indicar especialidad) POR LA CANTIDAD

DE \_\_\_\_\_ SESIONES SEMANALES, DESDE \_\_\_\_\_ (mes y

año de inicio) Y HASTA \_\_\_\_\_ (mes y año de finalización).

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE**



**ORDEN MÉDICA – MÓDULOS (FORMULARIO 3)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SE INDICA \_\_\_\_\_ (especificar modalidad) EN JORNADA  
SIMPLE / DOBLE (seleccionar opción), DESDE \_\_\_\_\_ (mes y año de  
inicio) Y HASTA \_\_\_\_\_ (mes y año de finalización).

DEPENDENCIA: SI ☐ NO ☐ (marcar según corresponda)  
(aplica únicamente para solicitud de CET / CENTRO DE DÍA / HOGAR)

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE**

**ORDEN MÉDICA – TRANSPORTE (FORMULARIO 4)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: SI ☐ NO ☐ (marcar según corresponda)

SE INDICA QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA IMPOSIBILITADO A VIAJAR EN  
TRANSPORTE PÚBLICO DEBIDO A \_\_\_\_\_

**1. REQUIERE TRASLADO**

DESDE (ORIGEN) \_\_\_\_\_

HASTA (DESTINO) \_\_\_\_\_

POR EL PERIODO \_\_\_\_\_

**2. REQUIERE TRASLADO (completar en caso de requerir más de un traslado)**

DESDE (ORIGEN) \_\_\_\_\_

HASTA (DESTINO) \_\_\_\_\_

POR EL PERIODO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE**

**CONFORMIDAD PRESTACIONAL (FORMULARIO 5)**

Yo \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, 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: \_\_\_\_\_

PERIODO DE LA PRESTACIÓN: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

2 – PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_

PRESTADOR: \_\_\_\_\_

PERIODO DE LA PRESTACIÓN: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

3 – PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_

PRESTADOR: \_\_\_\_\_

PERIODO DE LA PRESTACIÓN: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

4 – PRESTACIÓN: \_\_\_\_\_

PRESTADOR: \_\_\_\_\_

PERIODO DE LA PRESTACIÓN: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:**

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: \_\_\_\_\_

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

**CONFORMIDAD PARA EL TRANSPORTE (FORMULARIO 6)**

Yo \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, doy mi conformidad  
al diagrama de traslados solicitado para el período DESDE \_\_\_\_\_ HASTA  
\_\_\_\_\_.

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus  
modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene  
carácter de Declaración Jurada.

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en  
nombre de: \_\_\_\_\_

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus  
modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene  
carácter de Declaración Jurada.

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

**PRESUPUESTO – PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN (FORMULARIO 7)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Prestador: \_\_\_\_\_

Número de CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Periodo prestacional: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones mensuales: \_\_\_\_\_ Valor por sesión: \_\_\_\_\_

Valor mensual: \_\_\_\_\_

Los valores reconocidos serán los establecidos por el Nomenclador Nacional vigente para la modalidad solicitada.

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Desde:						
Hasta:						

Se informa que los datos incorporados en este formulario revisten carácter de declaración jurada.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del prestador

**PRESUPUESTO – MÓDULOS (FORMULARIO 8)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Prestador: \_\_\_\_\_

Número de CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Periodo prestacional: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

Tipo de jornada (en caso de corresponder): \_\_\_\_\_

Dependencia: SI ☐ NO ☐ (marcar según corresponda)

Valor mensual: \_\_\_\_\_

Los valores reconocidos serán los establecidos por el Nomenclador Nacional vigente para la modalidad solicitada.

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Desde:						
Hasta:						

Se informa que los datos incorporados en este formulario revisten carácter de declaración jurada.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del prestador

**PRESUPUESTO – TRANSPORTE (FORMULARIO 9)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Prestador: \_\_\_\_\_

Número de CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Póliza N°: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**VIAJES:**

1- DOMICILIO DE ORIGEN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE DESTINO: \_\_\_\_\_

Ida y vuelta: ☐ (marcar según corresponda)

Total de kilómetros diarios: \_\_\_\_\_ Total de kilómetros al mes: \_\_\_\_\_

PERIODO PRESTACIONAL: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

2- DOMICILIO DE ORIGEN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE DESTINO: \_\_\_\_\_

Ida y vuelta: ☐ (marcar según corresponda)

Total de kilómetros diarios: \_\_\_\_\_ Total de kilómetros al mes: \_\_\_\_\_

PERIODO PRESTACIONAL: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

3- DOMICILIO DE ORIGEN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE DESTINO: \_\_\_\_\_

Ida y vuelta: ☐ (marcar según corresponda)

Total de kilómetros diarios: \_\_\_\_\_ Total de kilómetros al mes: \_\_\_\_\_

PERIODO PRESTACIONAL: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA DE TRASLADOS:** Marcar con una cruz los días de traslado de cada viaje solicitado.

Viaje	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
1-						
2-						
3-						

TOTAL DE KILÓMETROS MENSUALES: \_\_\_\_\_

VALOR POR KILÓMETRO: \_\_\_\_\_ VALOR MENSUAL: \_\_\_\_\_

ADICIONAL POR DEPENDENCIA (sujeto a evaluación): SI ☐ NO ☐ (marcar según corresponda)

Los valores reconocidos serán los establecidos por el Nomenclador Nacional vigente para la modalidad solicitada.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del transportista



## ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN (FORMULARIO 10)

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En la ciudad de \_\_\_\_\_ se establece el presente acuerdo entre la Escuela \_\_\_\_\_ con domicilio sito en \_\_\_\_\_, y representada por \_\_\_\_\_ (nombre de los directivos), la Maestra de Apoyo / el Equipo de Integración Escolar representado por \_\_\_\_\_ y la familia del alumno/a \_\_\_\_\_ (nombre y apellido del niño), con DNI \_\_\_\_\_, representado/a por \_\_\_\_\_ (nombre del padre, madre y/o tutor) para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año \_\_\_\_\_ Sala/Grado/Año: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_.

La Institución educativa y el/la Maestra/o de Apoyo/ Equipo Integrador se comprometen a:

- Atender al/a la alumno/a según necesidades vinculadas a su educación
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptaciones Curriculares
- 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 del menor 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 alumna/o 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 los directivos del establecimiento educativo	Firma y sello del Equipo de Integración / Maestro de Apoyo	Firma y aclaración del padre, madre y/o tutor

**NOTA POR CAMBIO DE PRESTADOR (FORMULARIO 11)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación

\_\_\_\_\_ (Ejemplo: psicología, terapia ocupacional, etc.) a cargo de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Nombre del prestador o institución a dar de baja) a partir del día  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Solicito el alta para subsidio de la prestación de \_\_\_\_\_ (Ejemplo: psicología, terapia  
ocupacional, etc.) a cargo de \_\_\_\_\_ (Nombre del prestador o institución a dar de alta) a  
partir del día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

**SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:**

**Manifiesto ser el familiar / responsable / tutor**

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

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

**FORMULARIO FIM - MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL  
(FORMULARIO 12)**

Fecha de emisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO SEGÚN CUD: \_\_\_\_\_

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

**TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL**

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o Más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	<b>TRANSFERENCIAS</b>	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	<b>LOCOMOCIÓN</b>	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	<b>COMUNICACIÓN</b>	
14	COMPRENSIÓN	
15	EXPRESIÓN	
	<b>CONEXIÓN</b>	
16	INTERACCIÓN SOCIAL	
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	<b>PUNTAJE F.I.M TOTAL</b>	

## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

### 1- ALIMENTACIÓN

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que medidas se han tomado para superar la situación.

---

---

### 2- ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y / o preparación de los elementos de higiene?

---

---

### 3- HIGIENE

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

---

---

### 4- VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

---

---

### 5- VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

---

---

#### **6 – USO DEL BAÑO**

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

---

---

#### **7– CONTROL DE INTESTINOS**

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

---

---

#### **8– CONTROL DE VEJIGA**

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

---

---

#### **9– TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS**

Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

---

---

#### **10– TRANSFERENCIA AL BAÑO**

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

---

---

#### **11– TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA**

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

---

---

## 12 – MARCHA / SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

---

---

## 13– ESCALERAS

Implica subir y bajar escalones.

---

---

## 14– COMPRENSIÓN

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

---

---

## 15– EXPRESIÓN

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

---

---

## 16– INTERACCIÓN SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

---

---

---

---

#### 17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos

---



---

#### 18- MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

---



---

#### EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro locomotores y cognitivos del paciente.

---



---



---



---



---



---



---



---

Para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con Centro educativo terapéutico, Centro de día y Centro educativo terapéutico	Para la prestación de Transporte
Firma y sello Lic. en Terapia ocupacional	Firma y sello del médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional