

# Manual de Acceso a Prestaciones para las Personas con Discapacidad - 2025



Estimado beneficiario, el presente Manual contiene los requisitos necesarios para acceder a la cobertura de las prestaciones básicas para las personas con discapacidad del año 2024, de acuerdo a lo establecido en el nomenclador vigente Resolución 360/2022.

El expediente completo deberá contar con la documentación que se detalla a continuación:

Los Formularios a utilizar se encuentran luego de cada listado de documentación a presentar.

A tener en cuenta:

- La documentación corresponderá al tratamiento anual prescripto.
- La solicitud no deberá estar sujeta al año calendario, a excepción de las modalidades educativas en todos sus niveles, apoyo a la integración escolar y maestra de apoyo.

Es decir que una prestación de rehabilitación-fonoaudiología puede presentar un pedido por no más de doce meses sin que sea calendario (ej.: 1 sesión de fonoaudiología por semana de marzo 2024 a febrero 2025)

- Enviar toda la documentación en formato digital a la casilla de mail [discapacidad@amsterdamsalud.com.ar](mailto:discapacidad@amsterdamsalud.com.ar)
- Firmada en forma ológrafa por el beneficiario.

En todos los casos:

- deben estar cumplimentados en su totalidad, con letra legible e imagen digital completa y legible
- la Fecha de Emisión debe ser anterior al inicio del tratamiento.
- para iniciar tratamiento debe contar con su correspondiente autorización.

Por cualquier duda o consulta comunicarse vía email a [discapacidad@amsterdamsalud.com.ar](mailto:discapacidad@amsterdamsalud.com.ar)  
Telefónicamente al 08004440753 o a nuestras delegaciones [www.amsterdamsalud.com.ar](http://www.amsterdamsalud.com.ar)

## DOCUMENTACIÓN DEL ASOCIADO

- Certificado Único de Discapacidad (CUD)
- Formulario Datos del Asociado
- Formulario Cronograma de Actividades
- Constancia de Concurrencia Escolar o a Centro Educativo Terapéutico
- Constancia Policial de Domicilio (solo cuando el transporte supera los 1500 km)
- Formulario de Conformidad

# FORMULARIO DATOS DEL ASOCIADO 2025

## DATOS DEL ASOCIADO CON DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Celular: \_\_\_\_\_ Fijo: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Escolarizado (En caso afirmativo deberá presentar Certificado de Alumno Regular) SI  NO   
Nombre del Establecimiento Educativo actual y Grado: \_\_\_\_\_

## CONTACTO ALTERNATIVO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Vínculo: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Celular: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Posee franquicia vehicular adquirida SI  NO

## DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

<u>Apellido y Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Vínculo</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Días y Horarios Laborales</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

## DATOS DEL GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Personas en contacto directo y frecuente con el Asociado con discapacidad

<u>Apellido y Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Vínculo</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Días y Horarios Laborales</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas.  
Los mismos revisten carácter de Declaración Jurada.



CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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

Apellido y Nombre del Beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo (\_\_\_\_) N° \_\_\_\_\_ doy mi conformidad respecto a las prestaciones que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado los términos claros y adecuados, comprendiendo el alcance de las alternativas disponibles.

1. Prestación \_\_\_\_\_

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

Periodo de prestación: desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Prestación: \_\_\_\_\_

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

Periodo de prestación: desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Prestación: \_\_\_\_\_

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

Periodo de prestación: desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Prestación: \_\_\_\_\_

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

Periodo de prestación: desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. Prestación: \_\_\_\_\_

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

Periodo de prestación: desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

\* SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA

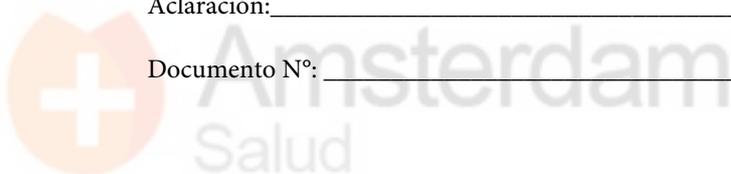
Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y doy conformidad respecto a las prestaciones detalladas precedentemente

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Documento N°: \_\_\_\_\_



## **DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SOLICITAR EL ASOCIADO AL MÉDICO ESPECIALISTA**

- Formulario Pedido Médico
- Formulario Solicitud de Transporte
- Formulario Resumen de Historia Clínica
- Formulario FIM

# FORMULARIO PEDIDO MÉDICO 2025

A completar por Médico Especialista

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

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

N° de Asociado: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO

## PRESTACIONES SOLICITADAS

Institución (CET - Centro de Día - Hogar con Centro de Día, Escolaridad, etc.) **Requiere: SI  NO**

Especialidad: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ (mes y año) hasta \_\_\_\_\_ (mes y año)

Tipo de jornada: simple  doble

**DEPENDENCIA** SI  NO  En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM

## Justificación médica:

**Módulo Maestro de Apoyo / Módulo Apoyo a la Integración Escolar Equipo** **Requiere: SI  NO**

Maestro  Equipo

Período: de \_\_\_\_\_ (mes) hasta \_\_\_\_\_ (mes) del año \_\_\_\_\_

Cantidad de horas semanales: \_\_\_\_\_

**Prestaciones ambulatorias por sesión** **Requiere: SI  NO**

• Especialidad: \_\_\_\_\_ Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ (mes) hasta \_\_\_\_\_ (mes) del año \_\_\_\_\_

• Especialidad: \_\_\_\_\_ Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ (mes) hasta \_\_\_\_\_ (mes) del año \_\_\_\_\_

• Especialidad: \_\_\_\_\_ Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ (mes) hasta \_\_\_\_\_ (mes) del año \_\_\_\_\_

• Especialidad: \_\_\_\_\_ Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ (mes) hasta \_\_\_\_\_ (mes) del año \_\_\_\_\_

• Especialidad: \_\_\_\_\_ Cantidad de sesiones semanales: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_\_\_ (mes) hasta \_\_\_\_\_ (mes) del año \_\_\_\_\_

# FORMULARIO SOLICITUD DE TRANSPORTE 2025

A completar por Médico Especialista

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

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

N° de Asociado: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO

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

## JUSTIFICACIÓN MÉDICA

Se indica que el Asociado se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a los siguientes motivos:

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

## TRASLADOS

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Retorno SI  NO  Período: desd \_\_\_\_\_ (mes) hasta \_\_\_\_\_ (mes) del año \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Retorno SI  NO  Período: de \_\_\_\_\_ (mes) hasta \_\_\_\_\_ (mes) del año \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA SI  NO

En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM

**Justificación médica de dependencia:** (apoyos específicos que necesita que se brinden)

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



# FORMULARIO FIM :

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

**IMPORTANTE:** debe ser confeccionado por T. O. o médico especialista S/corresponde. Excluyente en caso de presentar prestaciones con dependencia.

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso a la Inst.: \_\_\_\_\_

Modalidad: \_\_\_\_\_

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
<b>Autocuidado</b>		
1	Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
2	Aseo personal (lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
3	Baño (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
4	Vestido parte superior (de la cintura hacia arriba así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestido parte inferior (resto de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
<b>Control de esfínteres</b>		
7	Control de intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Control de vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
<b>Transferencias</b>		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia al baño (sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera (entrar y salir de la bañera o ducha)	
<b>Locomoción</b>		
12	Marcha/Silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13	Escaleras (subir y bajar escalones)	
<b>Comunicación</b>		
14	Comprensión (entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
15	Expresión (expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
<b>Conexión</b>		
16	Interacción social (habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17	Resolución de problemas (resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria (habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares)	

### TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Independiente	Puntuación
Independiente Total	7
Independiente con Adaptaciones	6
Dependiente	Puntuación
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% a más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% a más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% a más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

### PUNTAJE FIM TOTAL

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los prof. intervinientes

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL T. OCUPACIONAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE

N° de Matrícula:

N° de Matrícula:

Especialidad:

## DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**1- ALIMENTACIÓN:** Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué 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 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 órtesis 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 pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, 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 ducha o bañera.

**12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS:** Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

**13- ESCALERAS:** Implica subir o 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 hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle 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 instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

**17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA:** 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.



Amsterdam  
Salud

FIRMA Y SELLO DEL T. OCUPACIONAL

FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN  
COMPLETAR LOS PRESTADORES DE  
SERVICIOS**

# DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Ambulatorio-

## DETALLAR LA PRESTACIÓN

- Formulario Plan de Tratamiento
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Ambulatorio
- Título Profesional Habilitante. Matrícula
- Habilitación del Consultorio o lugar donde brinda el Servicio.
- Constancia de Inscripción en el Reg. Nac. de Prestadores. (RNP)
- Constancia Inscripción de AFIP
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos  
Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.  
Si presta servicio en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276
- Seguro de Responsabilidad Civil
- Constancia CBU

# FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2025

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: \_\_\_\_\_

Período: Desde \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

## PLAN DE TRATAMIENTO

**Modalidad:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Abordaje:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Descripción de la participación de la familia:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN



# FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN AMBULATORIO :

(Kinesiología, Fonaudiología, Psicología, Terapia Ocupacional, etc.) **2025**

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: \_\_\_\_\_

Período: Desde : \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Cantidad de sesiones Semanal: \_\_\_\_\_ Monto por Prestación \$: \_\_\_\_\_ Monto Mensual \$: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL PRESTADOR

Apellido, Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio real donde se brindará la prestación: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

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

Correo Electrónico: (donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible): \_\_\_\_\_

CBU: \_\_\_\_\_ BANCO: \_\_\_\_\_

## CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	DESDE						
	HASTA						

PRESTADOR

Firma del Profesional

Sello o Aclaración del Profesional

# **DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Apoyo a la Integración Escolar-**

*(Módulo maestra de apoyo - Módulo de apoyo a la integración escolar en equipo)*

## DETALLAR LA PRESTACIÓN

- Formulario Plan de Tratamiento
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento
- Formulario Presup. Maestro o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar.
- Formulario Detalle de Prof. que integran el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar
- Acta Acuerdo de Integración dentro de los 60 días corridos dentro del inicio del periodo lectivo
- Adaptaciones Curriculares
- Habilitación como Equipo o Certificado analítico de Materias según corresponda
- Constancia Inscripción de AFIP
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos.  
Certificado excepción y/o no retención, tanto de impuestos a las Gcias. como de impuestos sobre Ingresos Brutos.  
Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276
- Seguro de Responsabilidad Civil
- Constancia CBU

# FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2025

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: \_\_\_\_\_

Período: Desde \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

## PLAN DE TRATAMIENTO

**Modalidad:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Abordaje:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Descripción de la participación de la familia:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN



# FORMULARIO PRESUPUESTO MAESTRO DE APOYO / EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2025

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PRESTACIÓN

MÓDULO MAESTRO DE APOYO  MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO

Período: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Cantidad de Horas Mensuales: \_\_\_\_\_ Monto Mensual \$ \_\_\_\_\_

## DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

CBU \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

## CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD AÚLICA

En la Escuela común sito en la Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

de la Ciudad de \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS	DESDE					
	HASTA					

## CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA

Domicilio real donde se brindará la presentación, sito en \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Calle: de la Ciudad de \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS	DESDE					
	HASTA					

**PRESTADOR**

Firma del Profesional o Responsable de la Institución

Sello o Aclaración del Profesional

# ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN 2025

En la ciudad de.....a los.....días del mes de.....de.....

se establece en común acuerdo entre las instituciones..... y los padres del alumno/a

.....lo siguiente:

1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.

2 - El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el círculo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.

3 - La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.

4 - Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informaran en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.

5 - Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.

6 - Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.

7 - Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones. Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En los Días y Horarios Desde					
Hasta					

AÑO: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

FIRMA RESPONSABLE DEL ASOCIADO: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DE LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL/LA COORDINADOR/A DEL EQUIPO DE INTEGRACIÓN: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA DOCENTE INTEGRADOR: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_



**DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS  
PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Instituciones-**  
*(Centro de Día-Centro Educativo Terapéutico-Hogares-Hospital de Día-Residencia-  
Formación Laboral-Escolaridad)*

- Formulario Plan de Tratamiento
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Instituciones
- Constancia de Inscripción en el Servicio Nac. de Rehabilitación. (SNR)
- Constancia Inscripción de AFIP
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos  
Contribuyente local o convenio bilateral.  
Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.  
Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276
- Habilitación Municipal
- Constancia CBU
- Inscripción ANDIS (en caso de corresponder)

# FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2025

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: \_\_\_\_\_

Período: Desde \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

## PLAN DE TRATAMIENTO

**Modalidad:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Abordaje:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Descripción de la participación de la familia:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN



# FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN INSTITUCIONES 2025

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: \_\_\_\_\_

Tipo de jornada a realizar: Simple  Doble

Categoría A  B  C

Incluye almuerzo SI  NO  Dependencia SI  NO

Período: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Monto Mensual \$ \_\_\_\_\_

## DATOS DEL PRESTADOR O INSTITUCIÓN

Apellido y Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio real donde se brindará la prestación: \_\_\_\_\_

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

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

CBU \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

## CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS	DESDE					
	HASTA					

PRESTADOR

Firma del Profesional o Persona Responsable de la Institución

Sello o Aclaración del Profesional

Sello de la Institución

# **DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS -Prestaciones de Transporte-**

## **DETALLAR LA PRESTACIÓN**

- Formulario Presupuesto de Transporte
- Carnet de Conducir
- Habilitación Municipal
- Póliza y Cobertura de Seguro
- Verificación Técnica Vehicular (VTV)
- Constancia Inscripción de AFIP
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos.
- Contribuyente local o convenio bilateral
- Certificado Exención y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos
- Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276
- Constancia CBU
- Mapa Google Maps con el menor recorrido

# FORMULARIO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE 2025

## DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Apellido y Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CBU: \_\_\_\_\_ BANCO: \_\_\_\_\_

Prestación con dependencia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de respuesta afirmativa detallar los apoyos específicos que se brindan \_\_\_\_\_

### RECORRIDO 1

Asociado se traslada a la prestación: \_\_\_\_\_

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Retorno: Si  No

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS [ DESDE						
[ HASTA						

Período: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Km por viaje: Km. diario Km Mensuales: Precio por Km :

### RECORRIDO 2

Asociado se traslada a la prestación: \_\_\_\_\_

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Retorno Si  No

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS [ DESDE						
[ HASTA						

Período: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Km por viaje: Km. Diario Km Mensuales: Precio por Km:

MONTO POR DEPENDENCIA: \$ \_\_\_\_\_ MONTO TOTAL MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_

# OTROS FORMULARIOS

# NOTA DE SOLICITUD DE ABANDONO DE TRATAMIENTO 2025

Apellido y Nombre del Asociado: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de \_\_\_\_\_

(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, etc.) con el Profesional y/o Institución \_\_\_\_\_

a partir de la fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Motivo de baja de la prestación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO

# NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR 2025

Apellido y Nombre del Asociado: \_\_\_\_\_

Documento: Tipo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de \_\_\_\_\_

(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, etc.) con el Profesional y/o Institución \_\_\_\_\_

a partir de la fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Solicito nueva alta para la prestación de \_\_\_\_\_

con el Profesional y/o Institución \_\_\_\_\_

a partir de la fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ y por el período \_\_\_\_\_

Motivo del cambio de prestador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO