OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS
Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS
I.N.O.S. N° 10320/4

BV. OROÑO 1085 TEL.: (0341)444-8016/8022 ROSARIO (PCIA. DE SANTA FE)

REQUISITOS PARA LA CARGA EN PLATAFORMA DE MÓDULO INTEGRACIÓN ESCOLAR- EQUIPO

Para equipos técnicos interdisiplinarios categorizados de apoyo escolar

1. **Certificado único de Discapacidad**
2. **Pedido médico** (RP) de la prestación solicitada
3. **Conformidad** (anexo III) firmada por madre/padre o tutor (en caso de ser menor de edad)
4. **Resumen de Historia clínica** (mismo médico que firma el RP)
5. **Certificado alumno regular**
6. **Presupuesto**
7. **Acta- Acuerdo**: debe constar grado o año al que concurre el beneficiario, datos del mismo, firmado y sellado por las partes involucradas (escuela común, centro o integradora, padres) especificando así el compromiso de todas las partes.
8. **Adecuaciones Curriculares** (materias principales)
9. **Proyecto pedagógico individual:** firmado por equipo interdisiplinario que brinda la prestación.
10. **Informe Pedagogógico:** de las necesidades educativas especiales del menor, con cronograma de reuniones en las institución educativa y padres.
11. **Detalle de profesionales intervinientes.**
12. **Informe de Evaluación inicial**: se solicita al comienzo de la prestación en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, indicando modalidad y carga horaria.
13. **Informe evolutivo de la prestación**: debe constar período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo, resultados alcanzados.
14. **Informe semestral**: se entrega con la facturación.
15. **Categorización y habilitación** del Centro
16. **Constancia de inscripción en Afip.**
17. **Títulos habilitantes**

OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS
Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS

I.N.O.S. Nº 10320/4

BV. ORONO 1085 TEL.: 0810-444-8016 ROSARIO (PCIA. DE SANTA FE)

Cumplimentar sin errores, tachaduras o enmiendas

Prescripción médica para: **APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR**

FECHA: ..... / ..... / .....
(del mes anterior al periodo solicitado)

Nombre y Apellido del beneficiario: .....

D.N.I.: .....

Nº de afiliado: .....

Diagnostico según CUD: .....

.....

.....

.....

Solicito módulo de Apoyo a la integración escolar

Periodo: Desde .....

Hasta ..... Año .....

.....
Firma y sello del médico tratante

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

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_____

2. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____

3. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____

4. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período 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: .....

Documento: .....

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

FECHA: / /

Apellido y nombre :

Obra Social:

Nº DNI:

Fecha de Nacimiento: Edad:

Antecedentes y datos del examen clínico:

Diagnóstico / capacidad funcional (sensorial/mental, motora)

Evolución del paciente en el último año:

En relación a la alimentación / vestido / higiene personal

Dependiente:

Autovalido

Firma Médico Tratante:

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: _____/_____/_____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de 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: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.