

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## PRESTACIONES EDUCATIVAS – 1

(Escolaridad especial pre primaria / Escolaridad especial primaria / Formación laboral / Aprestamiento laboral)

### CHECK LIST:

#### Documentación general obligatoria:

- Copia del certificado de Discapacidad
- Planilla de datos socio – familiares **(FORM 1)**
- Constancia de alumno regular fechada en año 2023 **(FORM 2)**
- Resumen de historia clínica **(FORM 3)**

#### Documentación específica de la prestación EXCLUYENTE:

- Orden médica - **con fecha anterior al inicio de la prestación** (*formulario pro- forma*) **(FORM 4)**
- Presupuesto/Conformidad **(FORM 5)**
- Categorización de la institución
- Constancia de AFIP, CUIL o CUIT
- Informe inicial/ Evolutivo/ Plan de tratamiento **(FORM 6)**
- Planilla de datos del profesional **(FORM 7)**
- Nota de cambio de prestador- en caso de corresponder **(FORM 8)**
- Cronograma **(FORM 9)**
- CONFORMIDAD - NORMAS DE FACTURACIÓN **(FORM 10)**

*\* Informe de seguimiento semestral*

*(obligatorio presentarlo con la facturación del mes correspondiente)*

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## PLANILLA DE DATOS SOCIO – FAMILIARES – FORMULARIO 1

### DATOS DEL TITULAR:

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

Teléfono y/o celular: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL BENEFICIARIO

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

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Obra social: \_\_\_\_\_

### GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Apellido y Nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

### GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Apellido y Nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

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

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del titular

\_\_\_\_\_  
Fecha y lugar de emisión

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

### CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR CICLO LECTIVO 2023 – FORMULARIO 2

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

Nº de C.U.E. (Excluyente). \_\_\_\_\_

Se hace constar que *(completar nombre y apellido)* \_\_\_\_\_

DNI *(completar nº de documento)* \_\_\_\_\_ es alumno regular del curso / grado / sala  
*(indicar el que corresponda)* \_\_\_\_\_ turno / jornada \_\_\_\_\_

Horarios \_\_\_\_\_ **ciclo lectivo 2023.**

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

En *(indicar lugar y/o ciudad)* \_\_\_\_\_

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2023.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del establecimiento

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – FORMULARIO 03

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

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

Diagnóstico (según indica certificado único de Discapacidad)

\_\_\_\_\_

Antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicación indicada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parámetros funcionales actuales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evolución del cuadro clínico de base en el último año (*fisiátrico - psiquiátrico*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico/a tratante

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## ORDEN MÉDICA – (Institución) – FORMULARIO 4

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

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Titular  Cónyuge  Concubino/a  Hijo/a  Otro

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

Se indica (especificar tratamiento): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jornada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Período prestacional (mes desde – hasta): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Año lectivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico/a tratante

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

### PRESUPUESTO – CONFORMIDAD – FORMULARIO 5

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_ CUIL/CUIT. \_\_\_\_\_

Domicilio de atención: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Indicar género según su DNI: F  M  X (no binario)

Prestación/especialidad (*completar según nomenclador - mecanismo de integración*): \_\_\_\_\_

Período y año prestacional: (*desde – hasta – según año calendario*): \_\_\_\_\_

Jornada: Simple  Doble

Monto mensual \$ \_\_\_\_\_ Categoría: A  B  C

### CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios (Desde – hasta)					

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del responsable de la Institución

### CONFORMIDAD

"Por la presente, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de prestaciones descripto precedentemente"

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

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

Firma de beneficiario o representante: \_\_\_\_\_

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

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## INFORME INICIAL/EVOLUTIVO/PLAN DE TRATAMIENTO – FORMULARIO 6

Nombre beneficiario: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN - ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

**A) EVALUACIÓN DE INICIO.** Para el caso de prestación brindada por primera vez al paciente.

**Instrumentos de evaluación utilizados:**

- Escalas estandarizadas. ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojan?  
\_\_\_\_\_
- Entrevistas estructuradas /semi estructuradas con el paciente y la familia. ¿Qué consideraciones resultan?  
\_\_\_\_\_
- Informes de profesionales tratantes / RHC. ¿Qué aspectos se destacan?  
\_\_\_\_\_
- Informes escolares de años anteriores ¿Qué indicadores señalan?  
\_\_\_\_\_

**B) INFORME DE EVOLUCIÓN.** Para el caso de prestaciones que ya se hayan brindado en períodos anteriores, de la misma manera o con modificaciones.

- Se cumplieron los objetivos planteados: SI / NO Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Resultados observables del tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A Y B ) PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL.** Completar en todos los casos

1- Objetivos (mínimo tres, concretos, mensurables y específicos)

\_\_\_\_\_

2- ¿Cuál será el horario de asistencia?

3- ¿Se mantendrá contacto con el resto del equipo tratante? SI - NO ¿Con qué frecuencia?

4- ¿Se realiza abordaje familiar? SI /NO ¿Con qué frecuencia \_\_\_\_\_

5. Completar cronograma de todas las actividades terapéuticas del paciente (ver aparte)

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional/Institución

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

### PLANILLA DE DATOS DEL PROFESIONAL – FORMULARIO 07

Razón social / Apellido y nombre \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

CUIT ° \_\_\_\_\_ (Adjuntar form 576 / flrio de inscripción en AFIP)

Condición frente al impuesto al valor agregado (IVA):

Responsable Inscripto	No responsable	Exento	Responsable no Inscripto	Monotributista	Consumidor Final
-----------------------	----------------	--------	--------------------------	----------------	------------------

*(Si es exento deberá presentar copia de constancia de exención)*

*(Si es monotributista deberá acompañar copia de formulario de inscripción)*

Impuesto a los Ingresos brutos N° (completar si corresponde): \_\_\_\_\_

*(Adjuntar constancia bancaria certificada de cuenta donde se realizará el pago de la prestación).*

#### RECUERDE:

- La cuenta bancaria deberá pertenecer al profesional que brinde la prestación. **No se les depositarán pagos a terceros.**
- El **CBU** de la cuenta deberá estar vinculada al CUIT del profesional que brinda la prestación, de manera excluyente.
- Las **fotocopias** de la documentación a remitir deberán ser firmadas en original.
- El **e-mail** declarado debe utilizarse de manera activa, ya que allí se notificarán las autorizaciones o cambios; en caso de realizar modificación del mismo, por favor informar. En lo posible, completar dicho ítem en letra imprenta legible.



# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## CAMBIO DE PRESTADOR – FORMULARIO 8

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

A quien corresponda:

Por la presente, solicito cambio de prestador de (*indicar prestación, por ejemplo: "Psicología"*)

\_\_\_\_\_ para el asociado \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ A partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_,

dejará de asistir con (*indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistía*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ y comenzará a asistir con (*indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistirá*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a partir del mes de: \_\_\_\_\_ del año: \_\_\_\_\_

El motivo del cambio (*detallar motivos del cambio de prestador*) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma Padre, Madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## CRONOGRAMA – FORMULARIO 9

Nombre y Apellido del beneficiario: \_\_\_\_\_

Todos los profesionales y/o familiares o la persona con discapacidad deberán completar un **único cronograma** con el total de las prestaciones percibidas.

- A. En el ítem HORARIO, la franja horaria en la que el beneficiario recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin. Se acuerda que el tiempo establecido por sesión es de 45-60 minutos.
- B. En los ítems DÍAS, la práctica que recibe.

HORARIO		DÍAS						
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
07:__	__:__							
08:__	__:__							
_09:__:	__:__							
_10:__:	__:__							
11__:	__:__							
12__:	__:__							
_13:__:	__:__							
14__:	__:__							
15__:	__:__							
16__:	__:__							
17__:	__:__							
18__:	__:__							
19__:	__:__							
20__:	__:__							
21__:	__:__							

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

### CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN – FORMULARIO 10

Por medio de la presente dejo constancia que he leído e interpretado las normas de facturación adjuntas, aceptando y dando mi conformidad sobre lo que allí se establece.

\_\_\_\_\_  
Firma de beneficiario o responsable

\_\_\_\_\_  
Firma y sello profesional / institución