

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## PRESTACIONES EDUCATIVAS – 1

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

### CHECK LIST:

#### Documentación general obligatoria:

- o Declaración jurada de CBU
- o Copia del certificado de Discapacidad
- o Planilla de datos socio – familiares **(FORM 1)**
- o Constancia de alumno regular **(FORM 2)**
- o Resumen de historia clínica **(FORM 3)**

#### Documentación específica de la prestación EXCLUYENTE:

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

**\* Informe de seguimiento semestral y final según mes correspondiente.  
Formulario modelo anexo en instructivo de facturación**

# FORMULARIO PARA ACREDITACIÓN DE PAGO A PRESTADORES EN CUENTAS BANCARIAS

Este formulario tiene carácter de declaración jurada.

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

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Entidad bancaria: \_\_\_\_\_

Alias: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N°CBU (Clave Bancaria Uniforme): \_\_\_\_\_  
(Compuesto de 22 dígitos)

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable de la cuenta

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Documento:

Cualquier demora que surja en la acreditación de los valores, producto de modificaciones sobre los datos consignados en la presente y que no fueran oportunamente notificados, será responsabilidad del prestador.

# 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 y no conviviente

Apellido y nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

### Grilla de plan anual de tratamientos

Terapia	Sesiones semanales	Periodo prestacional
<i>Ejemplo: "Psicología"</i>	<i>Dos sesiones semanales</i>	<i>Enero 2025 a Diciembre 2025</i>

\*Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada. Presentar grilla actualizada en caso de modificaciones como actualización de documentación en el canal correspondiente

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

\_\_\_\_\_  
Fecha y lugar de emisión

## PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

### CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR - FORMULARIO 2

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

N° de C.U.E (Excluyente): \_\_\_\_\_

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

DNI (completar n° de documento) \_\_\_\_\_ es alumno regular del curso / grado / sala

(indicar el que corresponda) \_\_\_\_\_ turno / jornada

Horarios \_\_\_\_\_ ciclo lectivo (indicar año) \_\_\_\_\_

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

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

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

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

# PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – FORMULARIO 3

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): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 7

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