

EDUCACIÓN ESPECIAL INICIAL - EGB

Nivel Inicial

Proceso educativo especial correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello. Existen escuelas categorizadas para brindar esta prestación.

EGB

Proceso educativo especial programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
 - Nombre y número de socio.
 - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
 - Diagnóstico.
 - Tipo de jornada: simple o doble.
 - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
 - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

Modelo de indicación médica:

<p>R/P</p> <p>Nombre y apellido: _____</p> <p>N.º de socio: _____</p> <p>Solicito: Educación especial para el nivel EGB/Inicial. Jornada doble/simple.</p> <p>Período: Ciclo lectivo 2022.</p> <p>Diagnóstico: _____</p> <p>Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ____/____/____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Sello (tipo y número de matrícula): _____</p>

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente) y modalidad de prestación. (1)
- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Certificado de alumno regular (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo).
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente)

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet www.extranet.osde.com.ar.

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

FORMACIÓN LABORAL

Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional, cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobada por organismos oficiales competentes en la materia. Está dirigido a personas con discapacidad entre los 14 y 24 años de edad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
 - Nombre y número de socio.
 - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
 - Diagnóstico.
 - Tipo de jornada: simple o doble.
 - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
 - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

Modelo de indicación médica:

R/P

Nombre y apellido: _____

N.º de socio: _____

Solicito: Formación laboral. Jornada doble/simple.

Período: Ciclo lectivo 2022.

Diagnóstico: _____

Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ____/____/____

Firma: _____

Sello (tipo y número de matrícula): _____

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que

asiste el paciente) y modalidad de prestación. (1)

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento. (1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- Certificado de alumno regular (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo).
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet www.extranet.osde.com.ar.

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

Los servicios educativos de apoyo a las instituciones de educación común tienen por objeto ofrecer los apoyos específicos para la evaluación y la atención de alumnos con necesidades educativas especiales, transitorias o permanentes, dentro del ámbito de la educación común, en todos sus niveles. Son los articuladores del proyecto educativo de estos alumnos y su desarrollo.

El equipo de apoyo técnico especializado podrá pertenecer a una escuela especial, centro educativo terapéutico con integración escolar o actuar independientemente, capacitado para tal fin. Deberá articular y coordinar su accionar con el equipo docente de la escuela común donde el niño concurra, y contar con los recursos materiales específicos necesarios.

El servicio deberá brindarse por módulo de un mínimo de 8 horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional, articulado con la escuela común.

Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
 - Nombre y número de socio.
 - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
 - Diagnóstico.
 - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
 - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

Modelo de indicación médica:

R/P Nombre y apellido: _____ N.º de socio: _____ Solicito: Módulo de apoyo a la integración escolar o apoyo a la integración escolar Período: Ciclo lectivo 2022. Diagnóstico: _____ Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ____/____/_____ Firma: _____ Sello (tipo y número de matrícula): _____

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervinientes. (1)
- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- Certificado de alumno regular (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo).
- **Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela común y el equipo integrador.** Para que el documento sea válido debe contar con las tres firmas. (1)
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad). (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos” (solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet www.extranet.osde.com.ar.

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

MÓDULO MAESTRO DE APOYO

Es un proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico y articulado con la escuela común que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad referida. Se reconocerá con Psicopedagogo/a, Licenciado/a en Ciencias de la Educación, Maestro/a o Profesor/a de Educación Especial, con títulos habilitantes. El profesional a cargo de esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
 - Nombre y número de socio.
 - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
 - Diagnóstico.
 - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
 - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

Modelo de indicación médica:

R/P Nombre y apellido: _____ N.º de socio: _____ Solicito: módulo maestro de apoyo o apoyo a la integración escolar Período: Ciclo lectivo 2022 Diagnóstico: _____ Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ____/____/_____ Firma: _____ Sello (tipo y número de matrícula): _____

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervinientes. (1)

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento. (1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- **Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela común y el profesional interviniente.** Para que el documento sea válido debe contar con las tres firmas. (1)
- Certificado de alumno regular (la fecha de emisión debe ser posterior al inicio del ciclo lectivo).
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:

- Copia del título habilitante y datos del profesional. Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de profesional). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet www.extranet.osde.com.ar.

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por Whatsapp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

Es aquel que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Estas metodologías pueden incorporar, reformulados pedagógicamente, recursos extraídos del campo terapéutico; por lo que el equipo profesional que las investigue, produzca y aplique tendrá una composición y conformación que permita ese abordaje.

Está dirigido a personas con discapacidad que presenten restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

La organización educativo terapéutica en todo servicio deberá incluir como mínimo tres (3) sesiones individuales para la modalidad de concurrencia de jornada doble y dos (2) sesiones individuales en el caso de jornada simple de las distintas especialidades o de alguna de ellas, determinadas a partir de la evaluación inicial interdisciplinaria y la estrategia de abordaje para cada caso en particular.

Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
 - Nombre y número de socio.
 - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
 - Diagnóstico.
 - Tipo de jornada: simple o doble.
 - Si solicita dependencia, debe aclararse en la prescripción médica.
 - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
 - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

Modelo de indicación médica:

<p>R/P</p> <p>Nombre y apellido: _____</p> <p>N.º de socio: _____</p> <p>Solicito: Centro educativo terapéutico, jornada doble/simple, con/sin dependencia.</p> <p>Período: Enero a diciembre 2022.</p> <p>Diagnóstico: _____</p> <p>Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ____ / ____ / ____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Sello (tipo y número de matrícula): _____</p>
--

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación y profesionales intervinientes. En caso de solicitar dependencia debe especificar los apoyos que se brindan. (1)
- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento. (1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- En caso de solicitar dependencia: Escala FIM –Índice Independencia Funcional- que contenga un informe cualitativo y cuantitativo, especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual, confeccionado **por un Lic. en Terapia Ocupacional (perteneciente a la institución)**. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma y el sello del profesional que la realizó. (1)
- Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).

Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad) de la institución donde realiza los tratamientos. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet www.extranet.osde.com.ar.

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.

CENTRO DE DÍA

Es el servicio que se brinda a la persona con discapacidad con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

Documentación a presentar:

- Documentación general (se detalla en la página 5).
- Indicación médica:
 - Nombre y número de socio.
 - Prestación y frecuencia semanal/mensual.
 - Diagnóstico.
 - Tipo de jornada: simple o doble.
 - Si solicita dependencia, debe aclararse en la prescripción médica.
 - Período solicitado. La fecha de la indicación debe ser anterior al período que prescribe.
 - Firma, sello, tipo y número de matrícula legible del médico tratante (no puede estar confeccionada por un médico de la institución donde se realiza la prestación).

Modelo de indicación médica:

<p>R/P</p> <p>Nombre y apellido: _____</p> <p>N.º de socio: _____</p> <p>Solicito: Centro de día, jornada doble/simple, con/sin dependencia.</p> <p>Período: Enero a diciembre 2022.</p> <p>Diagnóstico: _____</p> <p>Fecha (debe ser anterior al período que prescribe): ____/____/____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Sello (tipo y número de matrícula): _____</p>

- Informe de evaluación inicial: deberá presentarse exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Plan de tratamiento/abordaje con período, detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, objetivos específicos, áreas a tratar, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos, frecuencia semanal (con días y horarios en los que asiste el paciente), modalidad de prestación

y profesionales intervinientes. En caso de solicitar dependencia debe especificar los apoyos que se brindan. (1)

- Consentimiento informado (uno por cada institución/profesional/prestador que asiste) firmado por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. La fecha de emisión deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento.(1)
- Presupuesto que detalle los aranceles de la prestación a realizar, período, datos del profesional/institución (CUIT, teléfono y domicilio) y modalidad de intervención.
- En caso de solicitar dependencia: Escala FIM –Índice Independencia Funcional- que contenga un informe cualitativo y cuantitativo, especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual, confeccionado **por un Lic. en Terapia Ocupacional (perteneciente a la institución)**. Con el nombre del beneficiario, la fecha, la firma y el sello del profesional que la realizó. (1)
- **Informe evolutivo semestral (Resolución 1731/2021 SSSalud).**

Para tratamientos realizados por instituciones ajenas a la cartilla, tenés que presentar en forma adicional la siguiente documentación:

- Copia de la habilitación y categoría de la ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad) de la institución donde realiza los tratamientos. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución).
- Formulario “Solicitud de pago directo al profesional/institución”. (Solo para inicio de tratamientos o cambios de institución). (2)
- Formulario “Acreditación de fondos”. (Solo si es la primera vez o en caso de modificación de cuenta bancaria). (2)
- Constancia de opción/inscripción en la AFIP. (Solo para inicio de tratamientos o en caso de modificar la condición como contribuyente).

(1) Si sos socio, podés acceder al modelo de formulario ingresando en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20. Si sos prestador, tenés que descargarlo desde la extranet www.extranet.osde.com.ar.

(2) Para acceder al modelo de formulario, ingresá en la sección Gestiones Online > Descarga de formularios de nuestra página web. También lo podés solicitar llamando al 0810-555-6733 o por WhatsApp al 11-4872-9000, de lunes a viernes, de 9 a 20.