



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2025.

DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (SAIE) y MAESTRA DE APOYO.

Legajos 2025:

Recepción a partir del día lunes 30 de SEPTIEMBRE de 2024.

IMPORTANTE: NO SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE EL INFORME DE ADMISIÓN O EL INFORME EVOLUTIVO (SEGÚN SEA EL CASO) DE TODOS LOS PRESTADORES INTERVINIENTES EN EL TRATAMIENTO DEL BENEFICIARIO.

EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA EN SÍ MISMA SU AUTORIZACIÓN.

El presente Instructivo queda sujeto a futuros cambios de normativas por parte del Ministerio de Salud, de la Agencia Nacional de Discapacidad y/o de la Superintendencia de Seguros de Salud.

Versión actualizada al 13/09/2024.

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).

En caso de dudas comunicarse con el Sector DISCAPACIDAD Tel.: 4341-8090 Int.: 946/952

e-mail: sur.disca@uthgra.org.ar / <https://osuthgra.org.ar/quia-de-tramites/>

IMPORTANTE:

Todas las instituciones en donde se realicen prestaciones a pacientes con discapacidad, de corresponder, deberán encontrarse categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad - ANDIS. Puede realizarse la consulta en la siguiente página web:
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Documentación necesaria para TODOS los tratamientos:

1. **CONFORMIDAD** de prestaciones **ANEXO II**. Debe incluir todo el tratamiento **COMPLETO** firmado por la persona con discapacidad / familiar responsable / tutor. (Res. 1743/2024). Si durante el período autorizado se produce un cambio de prestador o modalidad se deberá presentar una nueva Conformidad en donde figuren todos los datos actualizados.

Documentación Específica para Servicio de Apoyo a la Integración Escolar y Maestra de Apoyo:

1. **Constancia de alumno regular.**
2. **Acta acuerdo** firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela e Institución o maestra de apoyo.

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo. Caso contrario, la continuidad quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de Discapacidad de la OSUTHGRA.

3. **INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL:** se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
4. **INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN:** en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
5. **PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL (Plan Pedagógico Individual o Adaptaciones Curriculares):** en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos para cada especialidad o modalidad prestacional solicitada con firma y sello del profesional tratante.
6. **PRESUPUESTO Prestacional. ANEXO X - Presupuesto Prestacional.**
7. **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP:** deberá presentarse la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en www.afip.gob.ar emitida el día de confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.
8. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria CERTIFICADO por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).
9. **INFORME DE SEGUIMIENTO** semestral de la prestación brindada.

En el caso de Servicio de Apoyo a la Integración Escolar deberán adjuntar:

1. **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad**, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N°

1328/06-MSalud).

Solo podrá ser brindado el Servicio de Apoyo a la Integración Escolar por: Instituciones categorizadas para la modalidad de Servicio de Apoyo a la Integración Escolar, instituciones categorizadas para las modalidades de Centro Educativo Terapéutico con Integración Escolar, Educación Inicial / Pre Primaria, Educación General Básica.

En el caso de Maestra de Apoyo:

1. **Título habilitante.**
2. **Certificado analítico de materias o Registro Nacional de Prestadores (RNP).**

Solo podrá ser brindada la prestación de Maestra de Apoyo por: Lic. en Psicopedagogía, Profesor/a en Educación Especial, Maestro/a en Educación Especial o Lic. en Ciencias de la Educación.

En caso de no concordancia entre la edad cronológica y el curso escolar, remitir justificación de Permanencia o Desfasaje escolar confeccionado por el profesional a cargo e informe escolar del año anterior.

ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO, PERSONAL O AUXILIAR PRIVADO NO DOCENTE, ASISTENTE EXTERNA (PPND/APND/AE): Se deberá tramitar en el **Servicio Social.** (servicio.social@uthgra.org.ar, asistencia.social@uthgra.org.ar, tel. 4341-8090 interno 939 / 884 y 853.)

En todos los casos el Equipo Interdisciplinario de la OSUTHGRA evaluará y autorizará el esquema prestacional presentado de manera integral.

Los centros categorizados al igual que el equipo de profesionales que presten los tratamientos ambulatorios serán autorizados en su **totalidad** como módulo integral intensivo o módulo integral simple según corresponda.

NO SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE EL INFORME DE ADMISIÓN O EVOLUTIVO (SEGÚN SEA EL CASO) DE TODOS LOS PRESTADORES INTERVINIENTES EN EL TRATAMIENTO DEL BENEFICIARIO.



Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar - Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

ANEXO X - PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión:

Razón social del Prestador:.....

N ° CUIT:.....

Domicilio donde se realiza la prestación:.....

Correo electrónico de contacto:..... Teléfono:.....

Nombre y Apellido del beneficiario:.....

D.N.I.:

Prestación / especialidad a brindar:.....

Tipo de jornada: Simple () Completa ()

Categoría:.....

Periodo: Desde:..... Hasta:.....

Almuerzo: Si - No

Monto Mensual:.....

En caso de corresponder: Dependencia: Si - No

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones semanales:.....

Monto por sesión: \$..... Monto mensual: \$.....

Cronograma de asistencia: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De:	De:	De:	De:	De:	De:
	A:	A:	A:	A:	A:	A:

.....
Firma del Prestador

.....
Aclaración

* Es **obligación** completar todos los campos.