

FORMULARIOS y ANEXOS 2019

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión:.....

OSPECON:

Nombre y Apellido del Beneficiario:

DNI.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Teléfono:..... E-Mail:.....

Prestación: TRANSPORTE Período:a.....2019

Desde domicilio:..... Localidad.....

Hasta domicilio:..... Localidad.....

Prestación a la que asiste:.....

Cantidad de:

Viajes semanales:..... Viajes mensuales:.....

Kilómetros por viaje:..... Kilómetros diarios:..... Kilómetros mensuales.....

Valor kilómetro \$..... Resolución.....

Total valor mensual: \$.....

Prestador:.....

Domicilio:.....Localidad.....

Teléfono:..... Email:.....

N° CUIT.....N° Ing. Brutos:.....

N° CBU.....

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

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

Observaciones:.....

***ES OBLIGACION COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS Y PRESENTARLO SIN TACHADURAS NI ENMIENDAS Y EN UN MISMO COLOR.**

****Presentar constancia de alumno regular o del lugar donde concurre con Domicilio, días y horarios. ORIGINAL.**

FIRMA de la Institución o profesional tratante.

NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS

.....
Firma Responsable del Transporte

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario:.....DNI:.....

.....
Firma Beneficiario o representante

.....
Aclaración

.....
DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento:.....

TRATAMIENTOS AMBULATORIOS
PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO
(Módulos- Prestación de Apoyo - Estimulación Temprana - Integración Escolar)

Fecha de emisión:.....

OSPECON:

Nombre y Apellido del Beneficiario:.....

DNI.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Teléfono:..... E-Mail:.....

Prestación/Especialidades:.....

Período:.....a.....2019

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

Cantidad de sesiones

Semanales:..... Mensuales:.....

Monto por sesión: \$...... Resolución.....

Monto mensual: \$.....

Prestador:.....

Domicilio:..... Localidad.....

Teléfono:..... Email:.....

N° CUIT..... N° Ing. Brutos:.....

N° CBU.....

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

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

Observaciones:.....

***ES OBLIGACION COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS Y PRESENTARLO SIN TACHADURAS NI ENMIENDAS Y EN UN MISMO COLOR**
NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS

.....
Firma Responsable

.....
Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario:.....DNI:.....

.....
Firma Beneficiario o representante

.....
Aclaración

DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento:.....

INSTITUCIONES
PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO
(EGB- CET - Centro de día - Formación laboral - Educación Inicial - Hogar)

Fecha de emisión:.....

OSPECON:

Nombre y Apellido Beneficiario:.....

DNI.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Teléfono:..... E-Mail:.....

Prestación:.....

Período:.....a.....2019

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

Categoría:.....

Tipo de jornada: Simple () Completa () Reducida ()

Monto mensual: \$..... Resolución.....

Prestador:.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Teléfono:..... Email:.....

N° CUIT..... N° Ing. Brutos:.....

N° CBU.....

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

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

Observaciones:.....

***ES OBLIGACION COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS Y PRESENTARLO SIN TACHADURAS NI ENMIENDAS Y EN UN MISMO COLOR**

****Presentar Constancia de Alumno Regular con Domicilio de la institución. ORIGINAL. NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS**

.....
 Firma Responsable de Institución

.....
 Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario:.....DNI:.....

.....
 Firma Beneficiario o representante

.....
 Aclaración

DNI Firmante:.....

Lugar y Fecha de Consentimiento:.....

MODELO DE ACTA ACUERDO DE INTEGRACION*

En la Ciudad de..... a los días del mes de de..... se establece en común acuerdo entre las Instituciones y los padres del alumno/a..... para el ciclo lectivo

- 1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestra/o de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.
- 2- El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el currículo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.
- 3- La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.
- 4- Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informarán en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.
- 5- Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.
- 6- Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.
- 7- Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de las inasistencias del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones.

Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

.....
Firmas de los padres

.....
Firmas de los directivos de la escuela

.....
Firmas del equipo de integración

*Modelo Sugerido

Constancia de Asistencia con Domicilio, Días y Horarios

Fecha de Emisión:

Se deja constancia que el paciente.....,
DNI.....concorre a.....
....., en el consultorio cito en
.....localidad....., durante el año..... los días:

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

Para ser presentado ante quien corresponda.

.....

Firma del Profesional

.....

Aclaración Y Sello Profesional