



**OBRA SOCIAL  
DE CHOFERES  
DE CAMIONES**

**Secretaría de Acción Social  
Maestra de Apoyo**

**2025**



# Requisitos - Afiliados Discapacidad

## Los afiliados deben presentar:

- ✓ Fotocopia del CUD vigente.
- ✓ Fotocopia del DNI.
- ✓ Constancia de alumno regular o reserva de vacante.
- ✓ Planilla de conformidad.
- ✓ Resumen de historia clínica, prescripción médica del tratamiento indicado por el neurólogo, pediatra o médico clínico con el periodo de la prestación.

## En caso de:

- ✓ **Prestación de apoyo / rehabilitaciones:** indicar tipo de tratamiento, ya sea, individual e institucional detallando el periodo del mismo y cantidad de sesiones.
- ✓ **Tratamiento institucional:** indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.).
- ✓ **Transporte:** solicitar el traslado a la prestación con días y horarios.

## Si se solicita:

- ✓ **Dependencia para las prestaciones de hogar, hogar con centro de día, hogar con CET, centro de día y centro educativo terapéutico:** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindara conforme al Plan de Abordaje Individual.
- ✓ **Dependencia para la prestación de transporte:** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por el médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.



# Requisitos - Prestadores Discapacidad

## Los prestadores deben presentar:

- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- ✓ Constancia de AFIP, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- ✓ Pago del Monotributo.
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

## Documentación específica de cada prestación:

### Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:

- ✓ Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
- ✓ Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante.
- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación. - Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- ✓ Módulo Apoyo a la Integración Escolar con equipo (título del profesional que da la prestación en el aula).
- ✓ Constancia de AFIP y último pago de Monotributo.
- ✓ Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco)
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

### Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar

- ✓ Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.
- ✓ 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).
- ✓ Constancia de AFIP, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco)
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

#### **Colegio / CET / Centro de día**

- ✓ Nómina de profesionales
- ✓ Plan terapéutico (preferentemente 5 hojas)
- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agenda Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- ✓ Constancia de AFIP, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco)
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

#### **Prestación de apoyo / Rehabilitación**

- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).
- ✓ Constancia de AFIP y último pago de Monotributo.
- ✓ Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- ✓ Plan de tratamiento (preferentemente 5 hojas).
- ✓ Títulos de los profesionales.

#### **Transporte**

- ✓ Habilitación de transporte actualizada. En caso de remis, habilitación de remisería póliza de seguro y último pago verificación técnica vehicular.
- ✓ Licencia de conducir.
- ✓ CBU bancario del prestador.
- ✓ Ingresos Brutos.
- ✓ Constancia de AFIP y último pago.
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Recorrido de Google Maps o constancia de geolocalización, firmado por beneficiario y/o familiar, responsable/tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul.



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido/s y nombre/s \_\_\_\_\_

DNI Nº \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Afiliado Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estado actual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Médico Auditor

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Médico de Cabecera



## **PEDIDO MÉDICO**

Apellido/s y nombre/s \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ Afiliado N° \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indicación Médica** (indicar todas las prestaciones que necesita el afiliado durante todo el año y lacantidad de sesiones por semana de cada terapia).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Período \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ año 2025

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Médico de Cabecera

## CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 2025

### ANEXO II

#### Datos del beneficiario

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

Número de Afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Mail del afiliado: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo ( \_\_\_\_ ) N° \_\_\_\_\_,

doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detalla/n y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Periodo de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Periodo de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Periodo de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Periodo de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

#### Si el firmante no es la persona con discapacidad completar:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI



## PRESUPUESTO MÓDULO MAESTRA DE APOYO

Si usted ha descargado el archivo, cuenta con la posibilidad de completar la información solicitada en su computadora e imprimirla.

### Datos del afiliado - Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Afiliado N° \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Datos de la prestación y actividad áulica

Prestación / Especialidad \_\_\_\_\_

Institución que brindara la prestación – Escuela Común \_\_\_\_\_

Sita en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

de la ciudad de \_\_\_\_\_

### Datos del prestador

Nombre y apellido / Razón Social \_\_\_\_\_

Domicilio real donde se brindara la prestación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

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

### Cronograma de Asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Cantidad de horas mensuales \_\_\_\_\_

Monto mensual \$ \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**PROFESIONAL**

**BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
Firma original del Responsable de la Institución

\_\_\_\_\_  
Firma original

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Sello de la Institución

\_\_\_\_\_  
Vínculo / DNI



## PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL MAESTRA DE APOYO (VALOR MÓDULO)

**\*\*Completar con lapicera azul\*\***

Prestador \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. (    ) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ Afiliado N° \_\_\_\_\_

Prestación \_\_\_\_\_

Período (mes y año) \_\_\_\_\_

Carga horaria mensual \_\_\_\_\_ horas de acuerdo al siguiente detalles (\*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(\*) Se debe indicar la carga horaria día por día (no el horario). Ej. 4hs.  
NO se debe indicar de 8:00 a 12:00hs.

Lugar donde se realiza la integración \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Turno (mañana/tarde/doble) \_\_\_\_\_

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
Firma original del Responsable que realizó la integración

\_\_\_\_\_  
Firma original

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Sello

\_\_\_\_\_  
Vínculo / DNI

