

ANEXO 9 - PRESUPUESTO MÓDULO MAESTRO DE APOYO/ APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EN EQUIPO

Fecha:/...../.....

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres

DNI: Fecha de Nacimiento: Edad:

Domicilio: Localidad:

PRESUPUESTO Y DATOS DEL PROFESIONAL / INSTITUCION

MÓDULO MAESTRO DE APOYO ☐ MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO ☐

Tipo de Integración a brindar:

Período: Desde Hasta Año

Cantidad de horas semanales: Cantidad de sesiones mensuales

Valor de la Hora \$ Monto Mensual del módulo \$

“Los aranceles serán ajustados automáticamente según Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud”

Nombre del Profesional / Razón Social: CUIT:

E mail: Teléfono:

Domicilio donde se brinda la Prestación:

Localidad: Provincia:

Escuela donde se brinda la Integración:

En caso de presentar facturación por una integración no brindada,
la obra social se reserva la facultad de derivar al paciente a otro profesional/centro/institución

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA Marcar los días en los que se brinda la integración en la escuela.

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

Firma y sello del
equipo de
Integración:

Firma y sello
de la maestra
integradora:

CONSENTIMIENTO

Doy mi conformidad respecto a la integración que se detalla y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Hago constar que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre

de..... Manifiesto ser el familiar y doy
conformidad respecto a la integración detallada precedentemente.

Firma

Aclaración

DNI

Vínculo

Lugar y Fecha de Consentimiento: