



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social
Apoyo a la
Integración Escolar
2026

Obra Social de Choferes de Camiones
San José 1775/81 (1136) CABA - Tel. (011) 4378-1000
Personería Social Nro. 1-0580-4 - Resolución I.N.O.S. Nro. 683/80



Requisitos - Afiliados Discapacidad

Los afiliados deben presentar:

- Fotocopia del CUD vigente.
- Fotocopia del DNI.
- Constancia de alumno regular o reserva de vacante con horario y número de CUE.
- Si no está escolarizado/a debe presentar una nota (ver pág. 6 del Formulario Prestaciones Discapacidad)
- 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 ARCA, 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 todo completo.
- 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 de Apoyo a la Integración Escolar con equipo (título/analítico de la persona que va a dar la prestación en el aula y DNI).
- Se recuerda que no se autorizará persona con curso de acompañante terapéutico.
- Constancia de ARCA 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 todo completo.
- 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 ARCA, 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 todo completo.

- 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 ARCA, 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 todo completo.
- 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 ARCA 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 todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Plan de tratamiento (preferentemente 5 hojas).
- Títulos de los profesionales.
- Habilidadación municipal de consultorio.
- Matrícula.

Transporte

- Habilidadación 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 ARCA 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 todo completo.

IMPORTANTE

No se autoriza a los Servicios de Apoyo a la Integración (SAIE), a sus titulares o integrantes a realizar prestaciones de apoyo como terapias por psicología, psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional, etc.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Afiliado N° _____

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 la cantidad de sesiones por semana de cada terapia)

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Período: de _____ de 2026 a _____ de 2026.

Firma y sello
Médico de Cabecera



CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 2026 ANEXO II

Datos del beneficiario

Apellido y nombre: _____

Número de Afiliado: _____

Teléfono: _____

E-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 EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

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

Datos del afiliado - Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: _____ Fecha: _____
Nombre y apellido: _____
Afiliado N°: _____ DNI: _____
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 Categoría A B C

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/INSTITUCIÓN

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE/TUTOR

Firma original

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello

Vínculo / DNI



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

****Completar con lapicera azul todo completo****

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 horario 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

FAMILIAR O RESPONSABLE

Firma original de la
persona que está en el
aula con el afiliado

Firma original del
Responsable de la
Institución

Firma original del
Responsable que
realiza la integración

Firma original

Aclaración y sello

Aclaración y sello

Aclaración y sello

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI

