

DOCUMENTACION PARA EL ARMADO DEL LEGAJO PRESTACIONAL.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL BENEFICIARIO:

1. **Certificado Unico de Discapacidad (CUD), vigente.** En caso de que venciera durante el transcurso del año, se deberá enviar solicitud de turno y luego la renovación correspondiente. No debe haber periodo de carencia.

2. **Planilla datos del beneficiario del Subsidio.**

3. **Planilla datos del titular.**

4. **Resumen de Historia Clínica.** Confeccionado por el médico tratante, constando la fecha, firma, sello y especialidad del profesional; descripción integral de la condición de salud de la persona relacionada con la patología que origina el Subsidio (desde su gestacion hasta la actualidad) y las prestaciones que recibe actualmente. Con fecha anterior al inicio de las prestaciones.

5. **Orden médica.** Extendida por el médico tratante que confeccionó la Historia Clínica. Deberá reunir las siguientes condiciones:
 - **UNA ORDEN MÉDICA PARA CADA PRESTACION.**
 - Indicar prestación solicitada
 - Fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.
 - Con firma y sello con tipo y número de matrícula y especialidad del médico tratante.
 - Deberá indicar la Obra Social. – **OSPIS** -
 - Indicar nombre y apellido del beneficiario del subsidio y DNI.
 - Indicar periodo de prestación, indicando **mes y año** de inicio y finalización.
 - Indicar Diagnóstico (según CUD).

Si es tratamiento de rehabilitación (sesiones), deberá **indicar cantidad de sesiones semanales.**

En la Orden Médica para **Maestra de apoyo** debe indicarse **CLARAMENTE** si es **Módulo de Maestro de Apoyo (solo un/a maestro/a)** o **Módulo de Apoyo a la Integración (AIE, cuando se trata de un equipo)**.

En la Orden Médica en el caso de Institución Educativa, Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, **deberá indicar modalidad o tipo de jornada. (Simple, doble), aclarando en los casos que corresponda DEPENDENCIA.**

En la Orden Médica para **Transporte** debe indicar **punto de partida y destino. Si corresponde Dependencia. Justificar medicamente la solicitud de transporte.**

6. **Tabla FIM:** firmada por Licenciado/a en Terapia Ocupacional en el caso de Instituciones o por el profesional médico tratante en el caso de Terapias ambulatorias.

7. **Planilla Justificación por Dependencia,** para las prestaciones de transporte.

8. **Certificado de alumno regular** Correspondiente al ciclo lectivo 2025. Debera indicar el CUE del establecimiento (indispensable)

8. **Ultimo recibo de sueldo.**