



ANEXO 6 CHECK LIST POR MODALIDAD																				
e) MODULO INTEGRACIÓN ESCOLAR (MIE) – MAESTRA DE APOYO (MA)																				
N° Expediente ¹	E	-	1	2	0	0	2	-	0	8	3	8								
Prestador									N° Prestador ²					Cat:						
BENEFICIARIO								DNI N°												
Apellido y Nombres																				
N° beneficio	4	0	-	5	-													GP		
Fecha de Nacimiento										Género			Tel:							
Certificación de afiliado al PFIS																				
Nota del familiar responsable solicitando la prestación y el Transporte en el caso que así lo requiera.³																				
Fotocopia de la Orden de Pago Provisional (OPP).																				
Fotocopia del documento de identidad del Beneficiario.																				
Fotocopia del certificado oficial de discapacidad.³																				
Resumen de Historia Clínica confeccionada por médico de cabecera.																				
Informe Social confeccionado por Trabajador Social matriculado.																				
Reserva de vacante indicando la modalidad de integración.																				
Informe Individual que incluya: Nivel Cognitivo, Comunicación, Juego, Desarrollo motor y socio-afectivo. Incluir Nivel gráfico, lecto- escritura y lógico matemático.																				
Reseña de abordajes anteriores (terapéuticos y/o pedagógicos).																				
Certificación de asistencia o incorporación al establecimiento educativo																				
Proyecto Pedagógico Individual donde consten las adaptaciones curriculares de objetivos, contenidos y criterios de evaluación.																				
Acta compromiso firmada por los padres y las instituciones intervinientes. Indicar prestaciones individuales. Días, horarios de concurrencia del beneficiario al servicio de integración escolar. Indicar días y horarios de la docente en el servicio de educación común																				
Por transporte ver Anexo h: Requisitos generales para Transporte																				
LOS DATOS DECLARADOS EN LA PRESENTE TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE HALLAN SUJETOS A AUDITORIA																				
								Firma y sello del responsable institucional												
1: A ser completado por APM PFIS										2: Según número otorgado por PFIS										
3: Remitir copia scaneada a APM PFIS																				