



Form.  
PS2.68

**Acreditación de Escolaridad/  
Escolaridad Especial/ Formación**

Frente

**Datos del Alumno / Paciente**

CUIL	Apellido/s y Nombre/s :	
Teléfono de Contacto	Correo Electrónico	Fecha de Nacimiento
Domicilio de Contacto		

**Datos de Escolaridad**

Ciclo Lectivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Tipos de Certificado</b> (Seleccionar el que corresponde)			
<b>Escolar</b> <input type="checkbox"/> -Inicial/Jardín <input type="checkbox"/> -Primaria/EGB <input type="checkbox"/> Grado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -Secundaria/ Polimodal <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Formación/Superior</b> <input type="checkbox"/> -Formación Profesional <input type="checkbox"/> -Curso Capacitación <input type="checkbox"/> -Terciario <input type="checkbox"/> -Universitario <input type="checkbox"/>	<b>Escolar Diferencial</b> <input type="checkbox"/> 	<b>Especial</b> <input type="checkbox"/> -Rehabilitación <input type="checkbox"/> -Maestro Particular <input type="checkbox"/> -Taller Protegido <input type="checkbox"/> -Formación Laboral <input type="checkbox"/>
Provincia del Establecimiento o del Instituto al que asiste:			

**Datos de la Escuela /Centro de Formación Profesional/Centro de Capacitación /Instituto/Universidad/Escuela Diferencial**

Nombre del Establecimiento Educativo:			
Nombre del Curso/Carrera (I):			
¿Incorporado a la enseñanza Oficial? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	REGICE	<input type="checkbox"/>	
¿Es Alumno Regular? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Clave Única de Establecimiento (CUE) y Anexo	<input type="checkbox"/>	
Fecha Inicio Ciclo Lectivo/Curso	<input type="checkbox"/>		
Fecha de Emisión	<input type="checkbox"/>	Sello del Establecimiento Firma y Sello Director o Responsable	

**Datos del Tratamiento de Rehabilitación / Maestro Particular / Taller Protegido / Formación Laboral**

Nombre del Instituto de Rehabilitación / Maestro Particular / Profesional Médico / Talleres Protegidos / Formación Laboral :			
Fecha Inicio Rehabilitación / Enseñanza Particular	<input type="checkbox"/>		
CUIL / CUIT del Profesional o Instituto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo y N° de Matrícula, Legajo o Registro del Profesional/Maestro Particular.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha de Emisión:	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello del Profesional / Maestro Particular o Responsable del Instituto.	

**Para Uso Exclusivo de ANSES**

Fecha Recepción	<input type="checkbox"/>	Sello de Recepción de ANSES
Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente		



Form.  
PS2.68

**Acreditación de Escolaridad/  
Escolaridad Especial/ Formación**

UDAI

**Datos del Alumno / Paciente**

CUIL	Fecha de Nacimiento	Apellido/s y Nombre/s :
LA LIQUIDACIÓN DE AYUDA ESCOLAR ANUAL/PROG.R.ES.AR QUEDA CONDICIONADA AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE.		
PARA AYUDA ESCOLAR EL PLAZO DE PRESENTACIÓN ANTE ANSES ES HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO. PARA PROG.R.ES.AR SE DEBERÁN PRESENTAR 3 CERTIFICADOS ANUALES. (2)		
UNA VEZ CUMPLIMENTADO DEBERÁ PRESENTARLO ANTE ANSES, JUNTO CON ORIGINAL Y COPIA DE LA PARTIDA DE NACIMIENTO Y DNI DEL ALUMNO/PACIENTE Y DNI DE LOS PROGENITORES, PREVIA SOLICITUD DE TURNO A TRAVES DE LA PÁGINA DE ANSES www.anses.gov.ar OTEAL 130.		

Fecha Recepción	<input type="checkbox"/>	Sello de Recepción de ANSES
Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente		

Instrucciones para el llenado del Formulario

**Datos del Alumno / Paciente:**

Deberá consignar todos los datos solicitados: CUIL, Apellido y Nombre, Fecha de Nacimiento, Domicilio de Contacto, Teléfono de Contacto y/o Correo Electrónico.

**Datos de Escolaridad:**

Ciclo Lectivo: Deberá consignar año correspondiente al Ciclo Lectivo que desea informar.

**Tipos de Certificado**

- < Si el Alumno / Paciente concurre a Nivel Inicial/Jardín, Primaria EGB, Secundaria/Polimodal debe seleccionar **Escolar**
- < Si el Alumno / Paciente concurre a Nivel: Curso de Capacitación/Formación Profesional/Terciario/Universitario debe seleccionar **Formación/Superior**.
- < Si el Alumno / Paciente concurre a Escuela Diferencial debe seleccionar **Escolar Diferencial**.
- < Si el Alumno / Paciente concurre a Rehabilitación, Maestro Particular, Taller Protegido, Formación Laboral debe seleccionar **Especial**
  - o En caso de haber seleccionado Nivel Primaria/EGB deberá consignar **Grado**
  - o En caso de haber seleccionado Secundaria/Polimodal deberá consignar **Año**

**Provincia del Establecimiento o del Instituto al que asiste:** Consignar provincia.

**Datos de la Escuela/Centro de Formación Profesional/Centro de Capacitación/Instituto/Universidad/Escuela Diferencial :** Deberá ser cumplimentado únicamente en los casos en que se haya consignado en Tipos de Certificado: Escolar, Formación/Superior, Escolar diferencial.

Los datos de este apartado deberán ser completados en su totalidad por el Director o Responsable del Establecimiento al que asiste el alumno.

(1) El campo **Nombre del Curso/Carrera** sólo deberá ser completado cuando se haya consignado Formación/Superior.

**Datos del Tratamiento de Rehabilitación / Maestro Particular / Taller Protegido / Formación Laboral :**

Deberá ser cumplimentado únicamente en el caso que se haya consignado en Tipos de Certificado: Especial. Los datos de este apartado deberán ser completados por el Responsable que imparte el tratamiento de Rehabilitación/Profesional médico/Maestro Particular.

**Este apartado no es válido para PROG.R.ES.AR**

**(2) Fechas de Presentación para PROG.R.ES.AR:**

Los certificados se deberán presentar entre el primer y último día hábil de cada período.

1° Presentación: Marzo a Junio.

2° Presentación: Julio a Octubre

3° Presentación: Noviembre a Diciembre

Aclaración: Si se consigna Escolaridad Especial/Diferencial, el alumno mayor de 18 años deberá poseer Autorización por Hijo con Discapacidad vigente.

Deberán completarse todos los datos con letra clara y en imprenta, sin tachaduras ni enmiendas

**Observaciones**