

## TRANSPORTE ESPECIAL

- La cobertura será entre el domicilio del afiliado y el centro más cercano al mismo que estuviere en condiciones de prestar el servicio, previa auditoría.
- La Obra Social del Personal Ladrillero brinda dicha cobertura a todos aquellos afiliados que por su patología pueden hacer uso del transporte público.
- Se reconocerá dependencia únicamente cuando el beneficiario sea mayor de 6 años y requiera asistencia completa o supervisión constante, acreditada por la tabla FIM.
- La documentación debe ser enviada vía-email a [anabalado57@gmail.com](mailto:anabalado57@gmail.com)  
NO se recibe instructivo en papel físico. Sólo digital.

La cantidad de kilómetros totales presupuestados y facturados deberán ser en números “redondos”. Ejemplo: NO presupuestar ni facturar 150,50 km por mes. Sí: 151 km por mes.

## DOCUMENTACIÓN A COMPLETAR

- Formulario “Medida de independencia Funcional” (FIM). En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar este formulario (FIM), confeccionada por médico/a tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.
- Presupuesto y consentimiento informado de transporte Confeccionado, firmado y sellado por el prestador que realiza el traslado, junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).
- Hoja de ruta impresa de acuerdo con “Google Maps” <https://www.google.com.ar/maps>
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de ingresos brutos. En caso de ser exento, presentar constancia.
- Formulario Planilla CBU (COMPLETAR MODELO ADJUNTO)
- Habilitación municipal de la empresa de transporte. (Copia Vigente)
- Póliza de Seguro del vehículo (Copia Vigente)
- Verificación Técnica Vehicular (Copia Vigente)
- Licencia de conducir (Copia Vigente)
- Copia DNI



## MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	PUNTAJE
<b>Autocuidado</b>	
01_Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
02_Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
03_Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
04_Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
05_Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
06_Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
<b>Control de esfínteres</b>	
07_Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
08_Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas etc.)	
<b>Movilidad - transferencia</b>	
09_Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10_Transferencia a toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11_Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
<b>Locomoción</b>	
12_Marcha / silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13_Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
<b>Comunicación</b>	
14_Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
15_Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
<b>Conexión</b>	
16_Interacción Social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
17_Resolución de Problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18_Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
<b>Puntaje FIM total:</b> _____	

**Puntaje:** \_\_\_\_\_

**Independiente:** \_\_\_\_\_

7\_Independiente total

6\_Independiente con adaptaciones Dependiente

5\_Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)

4\_Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)

3\_Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)

2\_Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)

1\_Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

Todos los ítems se deben calificar.

Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita 2 ayudantes, se califica con un 1.

Profesional evaluador (firma y sello): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE

(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Razón social del prestador: \_\_\_\_\_

CUIT: [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ]

Mail de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Póliza N°: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Período: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

### Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje (ida y vuelta)	Km mensuales	Importe diario (ida y vuelta)	Importe mensual
01						
02						
03						

### Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
01						
02						
03						

Total Km. Mensuales: \_\_\_\_\_

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí  No

Valor del km: \_\_\_\_\_

Monto mensual: \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del transportista: \_\_\_\_\_

## CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:    /    /

Apellido y nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de Afiliado/DNI: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo \_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de \_\_\_\_\_

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_