

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
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

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: _____

