

## 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 auditoria.
- La Obra Social del Personal Ladrillero brinda dicha cobertura a todos aquellos afiliados que por su patología no 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 mail a [anabalado57@gmail.com](mailto:anabalado57@gmail.com) NO se recibe instructivo en papel físico. Solo 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



## CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:     /     /

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

Número de Afiliado/a-DNI: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ con Documento Tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

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

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

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

Por la presente, Manifiesto ser el familiar responsable / tutor de: \_\_\_\_\_

y dejo constancia que la conformidad brindada al diagrama de traslados es realizada en nombre de él.

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

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

