

INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE TRANSPORTE 2025

Comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. La Solicitud de Transporte debe ser fundamentada adecuadamente por médico tratante, en la Historia Clínica, y en la prescripción médica, aportando datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público.

Ley 24.901 ARTICULO 13. — Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el artículo 22 inciso a) de la ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario. Esta prestación debe estar también justificada en el Resumen de Historia Clínica.

Documentación a presentar para la autorización de esta prestación:

La misma debe ser presentada el mes anterior a la utilización del mismo.

1. Prescripción médica

RP/

Nombre y Apellido:

DNI

Solicito: TRANSPORTE (DETALLAR PRESTACION A LA CUAL SE TRASLADA EL AFILIADO, DETALLAR DIRECCIÓN DE ORIGEN Y DESTINO). Detallar si corresponde dependencia.

PERIODO: DE ENERO A DICIEMBRE 2024

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este Caso sería antes del 31 diciembre 2023.

Fecha: 30/12/2023

2. **Resumen de Historia Clínica completo ORIGINAL**, con descripción integral de la condición de salud de la persona con Discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, justificando el pedido de transporte
3. Constancia de Alumno Regular (CAR) con el CUE (código único de establecimiento) ORIGINAL. SOLO en aquellos casos en donde se solicite transporte a institución educativa y no lo haya presentado en otra prestación
4. Presupuesto y conformidad firmada por la persona con Discapacidad/familiar: Cronograma/diagrama de traslado (debe detallar: Días y horarios de concurrencia, direcciones de traslado.)
Los valores presupuestados deben coincidir con lo solicitado por el médico tratante y el valor del km debe adecuarse a los valores indicados en resolución vigente.
5. Planilla de Asistencia mensual en carácter de Declaración Jurada firmada por el prestador y la persona con Discapacidad o familiar responsable/tutor que haya firmado la conformidad.
5. Recorrido impreso en Google Maps: <http://www.google.com.ar/maps>
6. Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado del transporte
7. Póliza de Seguro vigente, verificación técnica vehicular
8. Licencia de Conducir vigente.
9. Cédula del vehículo
10. Constancia de opción/ inscripción en la AFIP
11. Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU.

IMPORTANTE – SOLICITUD DE DEPENDENCIA

En caso de que el médico tratante indique que la prestación debe brindarse con dependencia, la misma debe estar justificada en el resumen de HC realizado por el Médico tratante junto con la presentación del informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (de la Escala FIM), confeccionada por médico psiquiatra o lic. En terapia ocupacional, depende diagnóstico.



PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión: _____

Nombre y Apellido del Beneficiario _____

DNI Beneficiario _____ CUIL Titular: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

TRANSPORTE Desde _____ hasta _____ 2024

Domicilio Origen _____ Localidad _____

Domicilio Destino _____ Localidad _____

Prestación a la que asiste _____

Cantidad de:

Viajes semanales: _____ Viajes mensuales: _____

Kilómetros por viaje: _____ Kilómetros diarios (IDA Y VUELTA) _____ Kilómetros Mensuales _____

Valor kilómetro \$ _____

Total valor mensual: \$ _____

Nombre del Prestador: _____ N° _____

CUIT: _____

Mail: _____ Teléfono: _____

Cronograma de asistencia: Indicar días y horarios de concurrencia (Excluyente)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Observaciones: _____

***Presentar constancia de alumno regular o del lugar donde concurre con Domicilio, días y horarios.
NO SE RECONOCEN PRESTACIONES NO AUTORIZADAS PREVIAMENTE NI RETROACTIVAS**

Firma Responsable del Transporte

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Beneficiario: _____ DNI: _____

Firma Beneficiario o representante

Aclaración

DNI Firmante: _____

Lugar y Fecha de Consentimiento: _____

En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por Lic. en terapia ocupacional/psiquiatra, dependiendo del diagnostico y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

ESCALA DE FIM (Medida de Independencia Funcional)

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independencia Total	7
Independiente con Adaptaciones	6

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se toca al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta hasta 75% o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

Autocuidado		
	Alimentación	
	Aseo Personal	
	Baño	
	Vestimenta superior	
	Vestimenta Inferior	
	Uso del Baño	
Control de Esfínteres		
	Control de Intestinos	
	Control de Vejiga	
Traslados		
	Traslado a la cama, silla o silla de ruedas	
	Traslado al baño	
	Traslado a la ducha o bañera	
Locomoción		
	Marcha o Silla de Ruedas	
	Escalera	
Comunicación		
	Comprensión	
	Expresión	
Conexión		
	Interacción Social	
	Resolución de problemas	
	Memoria	
	PUNTAJE FIM TOTAL	