

SOLICITUD DE TRANSPORTE

Mecanismo de integración

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 entregada el mes anterior a la utilización del mismo.

1. Prescripción médica

rp/

nombre y apellido:

dni

solicitud: transporte

(detallar prestación a la cual se traslada el afiliado, detallar dirección de origen y destino). Detallar si corresponde dependencia.

-Periodo: de enero a diciembre 2024

-Diagnóstico:

-Fecha: debe ser anterior al comienzo de la prestación.

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
- 6. Recorrido** impreso en Google Maps: <http://www.google.com.ar/maps>
- 7. Habilitación municipal** y/o provincial vigente para el período solicitado del transporte
- 8. Póliza de Seguro** vigente, verificación técnica vehicular
- 9. Licencia de Conducir** vigente
- 10. Cédula** del vehículo
- 11. Constancia** de opción / inscripción en la AFIP
- 12. 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), confeccionado 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	
Domicilio	
Teléfono	
CUIL Titular	
Localidad	
E-Mail	
TRANSPORTE Desde	
Hasta	
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	

Presupuesto y consentimiento de transporte

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario	Desde: Hasta:	Desde: Hasta:	Desde: Hasta:	Desde: Hasta:	Desde: Hasta:

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), confeccionado por médico psiquiatra o lic. en terapia ocupacional, depende diagnóstico.

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 descrito precedentemente al Beneficiario.....

DNI.....

Firma Beneficiario o representante.....

Aclaración.....

DNI Firmante.....

Lugar de Consentimiento.....

Fecha de Consentimiento.....

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

6. Recorrido impreso en Google Maps: <http://www.google.com.ar/maps>

7. Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado del transporte

8. Póliza de Seguro vigente, verificación técnica vehicular

9. Licencia de Conducir vigente

10. Cédula del vehículo

11. Constancia de opción / inscripción en la AFIP

12. 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), confeccionado por médico psiquiatra o lic. en terapia ocupacional, depende diagnóstico.

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 diagnóstico y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindarán conforme al plan de abordaje individual.

Escala de FIM

(Medida de Independencia Funcional)

Independiente	
Independencia Total	
Independiente con Adaptaciones	
Dependiente	
Solo requiere supervisión. No se toca al paciente	
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta hasta 75% o más	
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	

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	