



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 **integracion@ospl.ar**
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



PRESUPUESTO 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: _____

(FORMULARIO DE CONFORMIDAD ADJUNTO)



CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

Número de Afiliado/a-DNI: _____

Yo _____ con Documento Tipo _____ Nº _____

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 Nº 19.279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Firma: _____ Aclaración: _____ Documento: _____

