



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social
Transporte

2023



Requisitos - Afiliados Discapacidad

Los afiliados deben presentar:

- ✓ Fotocopia del CUD vigente.
- ✓ Fotocopia del DNI.
- ✓ Constancia de alumno regular o reserva de vacante.
- ✓ Planilla de conformidad.
- ✓ Resumen de historia clínica, prescripción médica del tratamiento indicado por el neurólogo, pediatra o médico clínico con el periodo de la prestación.

En caso de:

- ✓ **Prestación de apoyo / rehabilitaciones:** indicar tipo de tratamiento, ya sea, individual e institucional detallando el periodo del mismo y cantidad de sesiones.
- ✓ **Tratamiento institucional:** indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.).
- ✓ **Transporte:** solicitar el traslado a la prestación con días y horarios.

Si se solicita:

- ✓ **Solicitar dependencia para las prestaciones de hogar, hogar con centro de día, hogar con CET, centro de día y centro educativo terapéutico:** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindara conforme al Plan de Abordaje Individual.
- ✓ **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 el médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.



Requisitos - Prestadores Discapacidad

Los prestadores deben presentar:

- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- ✓ Constancia de AFIP, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- ✓ Pago del Monotributo.
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Documentación específica de cada prestación:

Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:

- ✓ Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
- ✓ Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante.
- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación. - Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- ✓ Módulo de Apoyo a la Integración Escolar con equipo (título del profesional que va a dar la prestación en el aula).
- ✓ Constancia de AFIP y último pago de Monotributo.
- ✓ Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco)
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar

- ✓ Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.
- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- ✓ Constancia de AFIP, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco)
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.



Colegio / CET / Centro de día

- ✓ Nómina de profesionales
- ✓ Plan terapéutico (preferentemente 5 hojas)
- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agenda Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- ✓ Constancia de AFIP, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco)
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Prestación de apoyo / Rehabilitación

- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).
- ✓ Constancia de AFIP y último pago de Monotributo.
- ✓ Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- ✓ Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- ✓ Plan de tratamiento (preferentemente 5 hojas).
- ✓ Títulos de los profesionales.

Transporte

- ✓ Habilitación de transporte actualizada. En caso de remis, habilitación de remisería póliza de seguro y último pago verificación técnica vehicular.
- ✓ Licencia de conducir.
- ✓ CBU bancario del prestador.
- ✓ Ingresos Brutos.
- ✓ Constancia de AFIP y último pago.
- ✓ Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Recorrido de Google Maps o constancia de geolocalización, firmado por beneficiario y/o familiar, responsable/tutor.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido/s y nombre/s _____

DNIN° _____ Edad _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Antecedentes _____

Estado actual _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma y sello
Médico Auditor

Firma y sello
Médico de Cabecera



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Obra Social de Choferes de Camiones San José
1775/81 (1136) CABA - Tel. (011) 4378-1000 - asdiscap@spdps.com.ar
Personería Social Nro. 1-0580-4 - Resolución I.N.O.S. Nro. 683/80

PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE A REHABILITACIÓN

Apellido/s y nombre/s _____

DNIN° _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Indicación Médica (indicar todas las prestaciones que necesita el afiliado durante todo el año y la cantidad de sesiones por semana de cada terapia).

Dependencia: Sí No

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Período (*): _____ 2023 a _____ 2024.

(*): *Ejemplo: si la prestación se pide en enero, el médico debe poner: enero 2023 a enero 2024.*

Firma y sello
Médico de Cabecera



PLANILLA JUSTIFICACIÓN DE TRANSPORTE

Apellido/s y nombre/s _____

DNI _____ Afiliado N° _____

IMPORTANTE

Si el beneficiario es menor, debe viajar acompañado por un familiar adulto o tutor sin excepción.

Solo por el Médico

Patología _____

Diagnóstico _____

_____ DSM IV-CIE X _____

Solicitud de transporte (motivo y justificación médica) _____

Firma y sello
Médico de Cabecera

Solo por el Médico Auditor

Consignar los ejes _____

Firma y sello
Médico Auditor



PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE PARA INSTITUCIONES (C.E.T - COLEGIOS - HOGAR - CD)

Apellido/s y nombre/s _____

DNIN° _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Indicación Médica (indicar todas las prestaciones que necesita el afiliado durante todo el año y la cantidad de sesiones por semana de cada terapia).

Dependencia: Sí No

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Período (*): _____ 2023 a _____ 2023.

Firma y sello
Médico de Cabecera



CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 2023

ANEXO II

Datos del beneficiario

Apellido y nombre: _____

Número de Afiliado: _____

Teléfono: _____

Mail del afiliado: _____

Yo _____ con Documento Tipo (____) N° _____
doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detalla/n y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma

Aclaración

Si el firmante no es la persona con discapacidad completar:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: _____

_____ manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración y DNI



MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Paciente _____

Fecha _____

Tabla de puntuación de Niveles de Independencia Funcional		
7	Incapacidad completa (en tiempo y seguridad)	SIN AYUDA
6	Incapacidad con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	
5	DEPENDENCIA PARCIAL Con supervisión (con ayuda y/o estímulo verbal)	CON AYUDA
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o más de la tarea)	
3	Con asistencia moderada (realiza entre el 50% y el 74% de la tarea)	
2	DEPENDENCIA COMPLETA Con asistencia máxima (realiza del 25% al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	
Cuidado personal		Puntaje
1	Comida	
2	Aseo	
3	Bañarse	
4	Vestirse la parte superior	
5	Vestirse la parte inferior	
6	Iral baño (toilet)	
Controles infereano		Puntaje
7	Vejiga	
8	Intestino	
Movilidad		Puntaje
TRANSFERENCIA		
9	Camra silla, silla de ruedas	
10	Toilet	
11	Ducha	
LOCOMOCIÓN		
12	Camina/silla de ruedas	
13	Escaleras	
Comunicación		Puntaje
14	Comprensión (audio-visual)	
15	Expresión (verbal - no verbal)	
Conexión social		Puntaje
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
TOTAL FIM (sobre un total de 126 puntos)		

Conclusión y justificativo de dependencia _____

Firma y sello
Médico de Cabecera o
Lic. en Terapia Ocupacional



PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE

Si usted ha descargado el archivo, cuenta con la posibilidad de completar la información solicitada en su computadora e imprimirla.

Datos del afiliado - Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: _____ Fecha _____
 Nombre y apellido: _____
 Afiliado N° _____ DNI N° _____ Prest. con Dependencia Sí No
 Teléfono _____ E-mail _____

Datos de la empresa de Transporte

Nombre y Apellido /Razón Social _____
 CUIT _____
 Domicilio _____ Localidad _____
 E-Mail _____ Teléfono _____
 Habilitación emitida por _____ Fecha de Vto. _____
 Compañía de Seguro _____

Recorrido

El Beneficiario se traslada a la Prestación _____

VIAJE DE IDA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____
 Hastacalle _____ N° _____ Localidad _____

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						

VIAJE DE VUELTA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____
 Hastacalle _____ N° _____ Localidad _____

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						

PRECIO POR KM \$ _____

Km diarios	Km semanales	Km Mensuales
\$ diarios	\$ semanales	\$ Mensuales

Dependencia 35% \$ _____ Precio Total Mensual del Presupuesto \$ _____

Período Desde _____ Hasta _____ Año _____

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE/TUTOR

Firma original

Firma original

Ac.aración

Ac.aración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL TRANSPORTE PARA COLEGIO

Prestador _____ N° _____

Domicilio _____

E-Mail _____ Tel. () _____

Apellido y nombre del beneficiario _____

DNIN° _____ Afiliado N° _____

Prestación transporte a: (indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o razón social de la Institución)

Período (mes y año) _____

IDA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____

Hastacalle _____ N° _____ Localidad _____

Km por viaje _____ Cantidad de viajes mensuales _____

VUELTA

Desde calle _____ N° _____ Localidad _____

Hastacalle _____ N° _____ Localidad _____

Km por viaje _____ Cantidad de viajes mensuales _____

Total de km por día _____ Cantidad de días/mes _____

Total de km mensuales _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

TRANSPORTISTA

Firma de Responsable de la Institución

Firma

Firma

Aclaración

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI

DNI

