









# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2021

## - TRANSPORTE -

NOMBRE Y APELLIDO: ..... Fecha:.....

DNI / LE / CI / LC: .....

ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PADRES / TUTOR: .....

TURNO HORARIO: .....

HERMANOS: .....

ACTIVIDAD HERMANOS: .....

TURNO HORARIOS: .....

DIAGNÓSTICO: ..... DSM IV: .....

DEFICIENCIA: .....

### JUSTIFICACIÓN MÉDICA

(que incluya la descripción de los motivos que impiden la utilización del transporte público con acompañante): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MÉDICO SOLICITANTE: .....

FIRMA: .....

SELLO / ACLARACIÓN: .....

# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2021

## - TRANSPORTE -

### PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE TRANSPORTE PARA PACIENTE CON DISCAPACIDAD

---

Fecha

Nombre y Apellido: .....

DNI N°: .....

#### DIAGNÓSTICO

.....  
.....

#### PRESTACIÓN

*Aclarar para qué prestación se solicita el traslado.*

*En caso de solicitar dependencia deberá ser expresamente aclarado.*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### Justificación medica

(que incluya la descripción de los motivos que impiden la utilización de transporte público con acompañante): .....

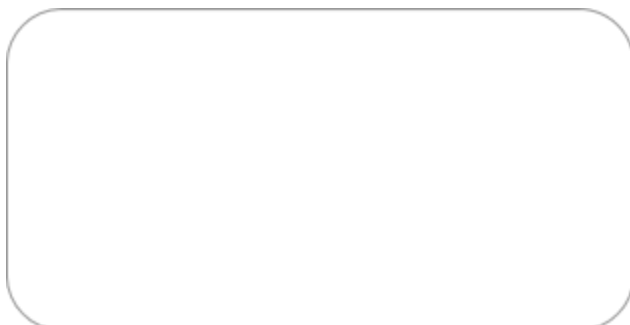
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### PERÍODO

DESDE MES: ..... AÑO: .....

HASTA MES: ..... AÑO: .....

*Firma y sello del Médico tratante*



# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2021

## - TRANSPORTE -

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">C</div>	<p><b>FACTURA</b>                  N° 001 - 88888888888888888888</p> <p>FECHA: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>CUIT N° <input style="width: 100px;" type="text"/>                  ING. BRUTOS <input style="width: 100px;" type="text"/>                  FECHA INICIO ACTIVIDADES <input style="width: 50px;" type="text"/></p>		
<p><b>SEÑORES:</b> (DENOMINACIÓN DE LA OBRA SOCIAL)  <b>DOMICILIO:</b></p>			
<p><b>IVA</b> Resp. Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/>                  Exento <input type="checkbox"/> No. Resp. <input type="checkbox"/> Cons. Final <input type="checkbox"/></p>	<p><b>C.U.I.T (DE LA O. SOCIAL)</b></p>		
CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
12	<p>EN CONCEPTO DE TRASLADOS DEL AFILIADO (NOMBRE Y APELLIDO). CORRESPONDIENTE AL MES DE.....                  .....AUTORIZADOS POR DISPOSICION N°.....</p> <p>VIAJES DE IDA Y VUELTA DESDE (DOMICILIO AFILIADO) HASTA (DOMICILIO DEL PRESTADOR EJ: ESCUELA, TERAPIAS, ETC) RECORRIENDO.....KM POR VIAJE A UN VALOR \$..... POR KILOMETRO. TOTAL KMS.....</p> <p><b><u>(Utilizar este mismo detalle para cada uno de los traslados realizados en el mes al afiliado)</u></b></p> <p>TOTAL MENSUAL..... KM CON/SIN DEPENDENCIA</p> <p>FIRMA Y SELLO</p>	<p>(Valor diario x viaje)</p> <p>\$</p>	<p>(Valor mensual)</p> <p>\$</p>
<b>TOTAL</b>			<p>\$</p>

### Planilla de Traslados

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura o Recibo que emita

Razón Social del Transporte .....

Dejo constancia que el Afiliado .....

Con domicilio en ..... Fue trasladado durante el mes de ..... 20 .....

Hacia la prestación de ..... Con domicilio en .....

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Día	Fecha	Firma del Titular o Tutor
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

.....  
Firma del Titular o Tutor

Aclaración .....

N° DNI

**Importante:**  
Se deberá anexar 1 (una) Planilla por cada Destino que realice el Afiliado.  
Ejemplo: Traslado a Escolaridad + Traslado a Kinesiología = Adjuntar 2 Planillas.



## Presupuesto de Transporte por Destino - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión \_\_\_\_\_ Fecha

### Datos del Afiliado

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ N° DNI

N° Beneficiario / CUIL

### Datos de la Empresa de Transporte

Nombre y Apellido/ Razón Social \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono

E-mail \_\_\_\_\_ N° CUIT

Habilitación emitida por: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Condición frente al IVA \_\_\_\_\_ Prestación con Dependencia  Si  No

### Recorrido

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps ([www.maps.google.com.ar](http://www.maps.google.com.ar)), acompañado de su respectivo mapa.

### IDA VUELTA Beneficiario se traslada a la prestación

Desde Calle: \_\_\_\_\_ N°  Localidad \_\_\_\_\_

Hasta Calle: \_\_\_\_\_ N°  Localidad \_\_\_\_\_

Horarios	lunes		martes		miércoles		jueves		viernes		sábado	
	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta
Período	Desde	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>	Año	<input type="text"/>						

Km diarios  Km semanales  Km mensuales  Valor Km

### Precio Total Mensual del Presupuesto

(Sumatoria de los precios de los distintos traslados) en \$

Firma, Aclaración y Sello del responsable de la Empresa Transportista/ Prestador

"Los aranceles serán ajustados automáticamente según dispongan las Resoluciones y Decretos que emanen del Ministerio de Salud"

# INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2021

## - TRANSPORTE -

### Diagrama de traslados

#### Consentimiento

Lugar y fecha de emisión: .....

Razón social del prestador: .....

Domicilio de atención: ..... Localidad/Provincia:  
.....

Teléfono: .....

Nombre beneficiario: ..... DNI: .....

#### TRASLADOS

PARTIDA \_\_\_\_\_  
DESTINO \_\_\_\_\_  
VIAJES/DÍA \_\_\_\_\_  
KM/VIAJE \_\_\_\_\_  
IMP (\$) / KM \_\_\_\_\_  
IMP (\$) DIARIO \_\_\_\_\_

Dependencia (s/n):.....Monto mensual (\$): .....

Período traslados DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

#### CRONOGRAMA DE TRASLADOS (marcar con una cruz los días de traslados)

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes

#### Observaciones

Firma y aclaración del responsable del transporte

#### CONSENTIMIENTO

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

DNI \_\_\_\_\_

Firma y aclaración beneficiario o representante .....

DNI .....

Lugar y fecha de consentimiento .....

**POR FAVOR COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS**