

Instructivo para solicitud de Transporte

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, el cual debe aportar 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 2020

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2019

Fecha: 30/12/2019

- Constancia de Alumno Regular (CAR) **ORIGINAL** (adjuntar planilla 002). **SOLO** en aquellos casos en donde se solicite transporte a institución educativa y no lo haya presentado en otra prestación
- Presupuesto: 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.
- Recorrido impreso en Google Maps: <http://www.google.com.ar/maps>
- Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado del transporte
- Seguro vigente.
- Licencia de Conducir vigente.
- Cédula del vehículo
- Constancia de opción / inscripción en la AFIP
- Extracto bancario con Declaración de CBU donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit y número de CBU (**socios privados/particulares exentos de esta presentación**)

11. ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NÚMERO: 001- 010 (una por cada traslado) (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB, o puede solicitarla en la sucursal)

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 medico junto con la presentación de la Escala FIM (Art. 13 Ley 24.901). *La dependencia en todos los casos será evaluada y autorizada por el equipo interdisciplinario de Galeno, pudiendo este solicitar documentación adicional. **NO se reconoce dependencia en menores de 7 años.***

TRANSPORTE

(Completar una planilla por cada prestación/traslado)

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ N° DE DNI: _____

Datos del prestador

RAZÓN SOCIAL: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD / PROVINCIA: _____

TEL DE CONTACTO: _____ N° CUIT: _____

E-MAIL: _____

Traslado a: _____

DOM. PARTIDA	DOM. DESTINO	VIAJES/DÍA	KM/VIAJE ida y vuelta	VALOR KM S/RESOLUCIÓN	VALOR DIARIO

Dependencia SI NO

MONTO MENSUAL \$:

PERÍODO DE TRASLADOS DESDE _____ HASTA _____ 2020

Cronograma de traslados

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADOS
<u>HORARIOS</u>						

Observaciones:

CONSENTIMIENTO

Por mi conocimiento de constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito
precedentemente al Beneficiario _____

DNI N° _____.

Firma del Titular: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del responsable del Transporte: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____