

TRANSPORTE ESPECIAL CHECK LIST:

Documentación

- o Copia del certificado de Discapacidad
- o Formulario de Datos socio-familiares (FORM 1)
- o Resumen de historia clínica (FORM 2)
- o Constancia de alumno regular (FORM 3) o formulario de NO escolarización (FORM 4)
- o Orden médica - **Con fecha anterior al inicio de la prestación** (FORM 5)
- o Formulario **FIM** Medida de Independencia Funcional - en caso de corresponder dependencia; firmado y sellado por un Terapeuta Ocupacional/Médico (FORM 6)
- o Informe dependencia (confeccionado por el transportista) (FORM 7)
- o Diagrama de traslados/Conformidad (FORM 8)
- o Presupuesto (FORM 9)
- o Justificación médica de transporte (FORM 10)
- o Planilla de datos del profesional (FORM 11)
- o Declaración jurada de CBU
- o Planilla cambio de prestador en caso de corresponder (FORM 12)
- o Declaración Jurada de franquicia automotor (FORM 13)
- o Licencia profesional de conducir
- o Constancia de CUIT/CUIL o AFIP
- o Póliza y pago de seguro al día
- o VTV (Verificación Técnica Vehicular) (Excluyente)
- o Habilitación de la empresa de transporte (legible, con fecha de otorgamiento y vencimiento)
- o Recorrido del transporte (exclusivamente por Google Maps)
- o Conformidad-Normas de facturación (Excluyente) (FORM 14)
- o Justificación Kilometraje (FORM 15)

FORMULARIO PARA ACREDITACIÓN DE PAGO A PRESTADORES EN CUENTAS BANCARIAS

Este formulario tiene carácter de declaración jurada.

Razón Social / Apellido y Nombre: _____ CUIT: _____

Número de cuenta: _____ Entidad bancaria: _____

Alias: _____ Teléfono: _____

N°CBU (Clave Bancaria Uniforme): _____

(Compuesto de 22 dígitos)

E-Mail: _____

Firma del responsable de la cuenta

Aclaración

Tipo y N° de Documento:

Cualquier demora que surja en la acreditación de los valores, producto de modificaciones sobre los datos consignados en la presente y que no fueran oportunamente notificados, sera responsabilidad del prestador.

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

INSTRUCTIVO TRANSPORTE

¡Hola!

Con estos formularios podrás presentar la documentación requerida por la Superintendencia de Salud para acceder a la autorización y pago de las prestaciones brindadas a personas con discapacidad, debiendo estar acorde a los requisitos de la normativa vigente.

Cómo completar las hojas de presupuesto/recorridos/ diagrama

- **En el primer apartado habrá un espacio para que puedan completar**
 1. Domicilio del asociado
 2. Prestaciones a las que se dirige el transporte por ejemplo: fonoaudiología/psicología/cet/colegio, etc.
 3. Dirección completar calle, altura, localidad y provincia de cada destino
 4. Periodo prestacional por ejemplo: desde: octubre 2023 hasta: septiembre 2024
- **Habrará un apartado para completar los recorridos diarios**

Ejemplo 1

Recorrido Lunes

Punto de partida: Casa

Siguiente Destino: Fonoaudiología

Cantidad de km diario del trayecto: 4,6 km / Valor km diario: \$989

Siguiente destino: Casa

Cantidad de km diario del trayecto: 4,6 km / Valor km diario: \$989

Ejemplo 2

Recorrido Lunes

Punto de partida: Casa

Siguiente Destino: Fonoaudiología

Cantidad de km diario del trayecto: 4,6 km / Valor km diario: \$989

Siguiente destino: Terapia ocupacional

Cantidad de km diario del trayecto: 20 km / Valor km diario: \$4301,8

*se completa el km diario del trayecto entre fonoaudiología y terapia ocupacional

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

INSTRUCTIVO TRANSPORTE

ACLARACIONES

- Completar en cantidad de KM diario del trayecto, los kilómetros que hay entre el destino y el anterior (como se indica en los ejemplos)
- Completar kilómetros diarios reales según recorrido más corto de Google maps. En caso de que corresponda 12 km por tramo corto, será aclarado en la autorización emitida
- **Justificación de kilometraje:** En caso de solicitar un trayecto que exceda el recorrido más corto que arroja maps, deberá presentar el formulario de JUSTIFICACIÓN KILOMETRAJE desarrollando los motivos por los que solicita dicho recorrido. El mismo será evaluado por auditoría.
- **Informe de dependencia:** Debe ser completado por TRANSPORTISTA, no por el médico prescriptor.
- **Dependencia:** En caso de corresponder dependencia se debe aclarar en orden medica, presupuesto, diagrama y presupuesto de recorridos.
- **Imagen recorrido maps:** Debe ser visible en el adjunto las direcciones de punto de partida y de llegada.
- Se debe presentar de manera excluyente, legible y en fecha de vigencia la siguiente documentación del transportista prestador
 - Licencia se conducir
 - VTV
 - Habilitación municipal
 - Seguro

Toda la documentación requerida por el programa de discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud y de las obras sociales.

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PLANILLA DE DATOS SOCIO - FAMILIARES FORMULARIO 1

DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono y/o celular: _____ Mail: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Obra Social: _____

Grupo familiar conviviente y no conviviente

Apellido y nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y horarios

Grilla de plan anual de tratamientos

Terapia	Sesiones semanales	Periodo prestacional
<i>Ejemplo: "Psicología"</i>	<i>Dos sesiones semanales</i>	<i>Enero 2025 a Diciembre 2025</i>

*Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada. Presentar grilla actualizada en caso de modificaciones como actualización de documentación en el canal correspondiente

Firma y aclaración del titular

Fecha y lugar de emisión

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – FORMULARIO 2

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

Diagnóstico (según indica certificado único de Discapacidad)

Antecedentes completos de intervenciones terapéuticas y/o educativas

Medicación indicada

Parámetros funcionales actuales

Evolución del cuadro clínico de base en el último año (*fisiátrico - psiquiátrico*)

Firma y sello del médico/a tratante

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR - FORMULARIO 3

Nombre del establecimiento: _____

Nº de C.U.E (Excluyente): _____

Se hace constar que (completar nombre y apellido) _____

DNI (completar nº de documento) _____ es alumno regular del curso / grado / sala
(indicar el que corresponda) _____ turno _____ / _____ jornada

Horarios _____ ciclo lectivo (indicar año) _____

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

En (indicar lugar y/o ciudad) _____

a los días _____ del mes de _____ del año _____

Firma y sello del establecimiento

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS – FORMULARIO 4

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

A quien corresponda:

Por medio de la presente informo que *(completar apellido y nombre del asociado/a)* _____

no concurre a institución educativa alguna debido a *(indicar el motivo)* _____

Dicha situación, abarca el período desde _____ hasta _____

del año _____

Firma del asociado-a / padre / madre / tutor-a

Aclaración

DNI

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

ORDEN MÉDICA (Transporte) – FORMULARIO 5

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

Se indica TRANSPORTE ESPECIAL IDA Y VUELTA hacia (*indicar actividad-prestación que realiza*):

Dependencia (*marque con una X la opción que corresponda*): SI NO

Período prestacional (*mes y año desde – mes y año hasta*): _____

Diagnóstico:

Firma y sello del médico/a tratante

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) – FORMULARIO 6 (pág 1/3)

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

Institución a la que asiste el paciente: _____

Modalidad de la institución: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Independiente	Puntaje
Independiente total.	7 (siete)
Independiente con adaptaciones.	6 (seis)
Dependiente	Puntaje
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5 (cinco)
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más	4 (cuatro)
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3 (tres)
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2 (dos)
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1 (uno)

Items	Actividad	Puntaje
	Autocuidado	
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Higiene	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
	Control de esfínteres	
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
	Transferencias	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
	Locomoción	
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
	Comunicación	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	Conexión	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
Puntaje FIM Total		

El siguiente cuadro debe ser completado por el médico tratante del asociado beneficiario. Los datos a completar, serán cotejados con la historia clínica adjunta. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada.

Firma y sello del Terapeuta ocupacional y/o médico/a tratante

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 06 (pág. 2/3)

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1- ALIMENTACIÓN - Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2- ASEO PERSONAL - Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

3- HIGIENE - Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4- VESTIDO PARTE SUPERIOR - Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

5- VESTIDO PARTE INFERIOR - Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

6- USO DEL BAÑO - Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7- CONTROL DE INTESTINOS - Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de ostomía. Frecuencia.

8- CONTROL DE VEJIGA - Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS - Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina, lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

10- TRANSFERENCIA AL BAÑO - Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 06 (pág. 3/3)

11- **TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA** - Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

12- **MARCHA/SILLA DE RUEDAS** - Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

13- **ESCALERAS** - Implica subir o bajar escalones.

14- **COMPRENSIÓN** - Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, signos, etc.

15- **EXPRESIÓN** - Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16- **INTERACCIÓN SOCIAL** - Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17- **RESOLUCIÓN DE PROBLEMA** - Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

18- **MEMORIA** - Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL - Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

Firma y sello del Terapeuta ocupacional y/o médico/a tratante

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

DEPENDENCIA – INFORME – FORMULARIO 7

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____ Teléfono: _____

Prestación – especialidad: _____

Para solicitar el presupuesto del 35% más en concepto de atención a la dependencia, es necesario que la institución/ transportista complete lo siguiente:

A) Tabla FIM que arroje porcentaje de dependencia.

B) Especifique el tipo de apoyo **especial y personalizado** que se proveerá:

Apoyos físicos de accesibilidad personalizada (equipamiento). ¿Cuáles?

Apoyos técnicos de acceso a la comunicación personalizados. ¿Cuáles?

Apoyos de personal para cuidado en Actividades de la vida Diaria personalizado. Detalle horarios y tareas.

Apoyos de personal personalizado para cuidado en el comportamiento social. Detalle horarios y tareas.

Firma y sello de responsable transportista

Lugar y fecha

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

DIAGRAMA DE TRASLADOS // CONFORMIDAD Discapacidad – Transporte- FORMULARIO 8

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre beneficiario: _____ DNI: _____

TRASLADOS	Domicilio de Partida <input type="checkbox"/>	Domicilio de Destino <input type="checkbox"/>	Km por Viaje	Importe / diario	Importe mensual

Dependencia: SI NO

Monto mensual: _____

CRONOGRAMA DE TRASLADO

Tto.	Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones

Firma responsable del transporte

Aclaración

CONFORMIDAD

Por la presente, dejo constancia de mi conformidad al programa de prestaciones descrito precedentemente

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI: _____

Firma de beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PRESUPUESTO (Transporte especial) - FORMULARIO 9

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

DATOS DEL PRESTADOR

No convenido: _____ Convenido: _____ N° de convenio: _____

Apellido y nombre del prestador o Razón Social: _____

Domicilio real de atención: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de CUIT: _____

Condiciones frente a IVA: _____ Mail: _____

RECORRIDOS DEL TRANSPORTE

Dependencia (marcar la que corresponda): SI / NO

Direcciones de origen/destino (aclarar localidad / provincia)

Domicilio asociado: _____

Prestación: _____ Dirección: _____

Periodo prestacional desde: _____ Hasta: _____

Prestación: _____ Dirección: _____

Periodo prestacional desde: _____ Hasta: _____

Prestación: _____ Dirección: _____

Periodo prestacional desde: _____ Hasta: _____

Prestación: _____ Dirección: _____

Periodo prestacional desde: _____ Hasta: _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

RECORRIDO LUNES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

RECORRIDO MARTES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

RECORRIDO MIÉRCOLES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

RECORRIDO JUEVES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

RECORRIDO VIERNES

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

RECORRIDO SÁBADO

PUNTO DE PARTIDA (Por ej: Fonoaudiología (terapias) /Casa/ Escuela): _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

SIGUIENTE DESTINO _____

CANTIDAD DE KM DIARIO DEL TRAYECTO: _____ VALOR KM DIARIO: _____

Firma y sello del transportista: _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

JUSTIFICACIÓN MÉDICA DEL TRANSPORTE - FORMULARIO 10

DATOS DEL BENEFICIARIO

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

Se indica que el paciente se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público debido a que

Por lo que requiere traslado desde *(indicar dirección de domicilio)*

Hasta *(indicar dirección de la institución y/o prestación)*

Diagnóstico:

Firma y sello del médico/a tratante

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

PLANILLA DE DATOS DEL PROFESIONAL – FORMULARIO 11

Razón social / Apellido y nombre: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Teléfonos: _____ E-mail: _____

CUIT: _____ (Adjuntar form 576 / flrio de inscripción en AFIP)

Condición frente al impuesto al valor agregado (IVA):

Responsable Inscripto	No responsable	Exento	Responsable no Inscripto	Monotributista	Consumidor Final
-----------------------	----------------	--------	--------------------------	----------------	------------------

(Si es exento deberá presentar copia de constancia de exención)

(Si es monotributista deberá acompañar copia de formulario de inscripción)

Impuesto a los Ingresos brutos N° (completar si corresponde):

(Adjuntar constancia bancaria certificada de cuenta donde se realizará el pago de la prestación).

RECUERDE:

- La cuenta bancaria deberá pertenecer al profesional que brinde la prestación.
No se les depositarán pagos a terceros.
- El **CBU** de la cuenta deberá estar vinculada al CUIT del profesional que brinda la prestación, de manera excluyente.
- Las **fotocopias** de la documentación a remitir deberán ser firmadas en original.
- El **e-mail** declarado debe utilizarse de manera activa, ya que allí se notificarán las autorizaciones o cambios; en caso de realizar modificación del mismo, por favor informar.

En lo posible, completar dicho ítem en letra **imprensa legible**.

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

Fecha: ____ / ____ / ____

CAMBIO DE PRESTADOR – FORMULARIO 12

A quien corresponda:

Por la presente, solicito cambio de prestador de (indicar prestación, por ejemplo: "Psicología")

para el asociado _____

DNI _____ A partir del mes de _____ del año _____ ,

dejará de asistir con (indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistía) _____

y comenzará a asistir con (indicar nombre del profesional y/o institución a la que asistirá) _____

_____ a partir del mes de: _____ del año: _____

El motivo del cambio (detallar motivos del cambio de prestador)

Firma del asociado/a, padre, madre o tutor/a

Aclaración

DNI

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

DECLARACIÓN JURADA DE TRANSPORTE- FORMULARIO 13

_____, ____ de _____ de _____

A quien corresponda:

Por medio de la presente, en mi carácter de beneficiario que recibe las prestaciones básicas para personas con discapacidad contempladas en la ley 24.901

Nombre y Apellido: _____

DNI _____

Informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

Atte. _____

Firma y aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por medio de la presente, en mi carácter de familiar responsable/figura de apoyo de _____

DNI (de la persona con discapacidad) _____ les informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor a favor del nombrado haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

Atte. _____

Firma y aclaración: _____

Tipo y nº de documento: _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

CONFORMIDAD NORMAS DE FACTURACIÓN – FORMULARIO 14

Por medio de la presente dejo constancia que he leído e interpretado las normas de facturación adjuntas, aceptando y dando mi conformidad sobre lo que allí se establece.

Firma de beneficiario o responsable

Firma y sello profesional/institucion

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - Documentación General

Fecha: ____ / ____ / ____

JUSTIFICACIÓN KILOMETRAJE - FORMULARIO 15

A quien corresponda:

Por la presente, solicito autorizar la ruta de transporte presentada hacia la/las prestación/es _____

para el asociado _____

DNI _____

El motivo de diferencia de kilometraje que no se ajusta a la normativa vigente de recorrido más corto

(detallar motivos)

Firma de transportista _____

Aclaración _____

DNI _____