

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. **Se debe justificar médicamente la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse 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 2025

Diagnostico:

FECHA: debe ser anterior al comienzo de la prestación. En este caso sería antes del 31 dic 2024

2. Resumen de Historia Clínica completo ORIGINAL (Adjuntar planilla N° 012)
3. 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. Debe indicar los kilómetros por viaje y cronograma de traslado. Todo debe estar firmado por tutor y prestador.
4. Recorrido impreso en Google Maps: <http://www.google.com.ar/maps>
5. Habilitación municipal y/o provincial vigente para el período solicitado del transporte

6. Seguro vigente.
7. Licencia de Conducir vigente.
8. Cédula del vehículo
9. Verificación técnica vehicular.
10. Constancia de opción / inscripción en la AFIP
11. Constancia de CBU emitida por banco, donde conste los siguientes datos: nombre y apellido, cuit, número de CBU (**socios privados/particulares exentos de esta presentación**)
12. ADJUNTAR PLANILLAS COMPLETAS NÚMERO: 001-002-004-010 y 012 (planilla 010 presentar una por cada traslado) (las mismas se encuentran disponibles en nuestra página WEB)

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 6 años

- IMPORTANTE -

LA EVALUACION Y AUTORIZACION DEL TRANSPORTE ESTARÁ SUJETA A LA PRESTACION PRINCIPAL



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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

1 . Prestación: _____

a. Prestador: _____

b. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

2 . Prestación: _____

c. Prestador: _____

d. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

3 . Prestación: _____

e. Prestador: _____

f. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

4 . Prestación: _____

g. Prestador: _____

h. Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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 detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo.....con Documento Tipo (.....)

Nº, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

desde.....hasta.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

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.

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

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

.....

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:

Aclaración:

Documento:

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.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Anexo

Número: IF-2024-85316027-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Lunes 12 de Agosto de 2024

Referencia: ANEXO III

PRESUPUESTO TRANSPORTE

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	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: Monto mensual

Firma y Aclaración del Transportista

Resumen de Historia Clínica

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N° DE DNI: _____

DIAG. SEGÚN CUD: _____

ANTECEDENTES: (incluir las intervenciones terapéuticas y / o educativas previas. Asimismo, se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año.)

ESTADO ACTUAL: (el mismo, debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones acordes al diagnóstico y al plan terapéutico.)

PLAN TERAPEUTICO Y FARMACOLÓGICO (SI LO HAY):

Firma del médico tratante: _____

Aclaración: _____

Fecha de emisión: _____

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 _____ 2025

Cronograma de traslados

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

Observaciones:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por mi conocimiento deo 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: _____

Actualización de datos (la misma es de presentación anual, al iniciar el trámite)

Fecha: _____

Datos del afiliado al que se le brindará la prestación

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de socio: _____

Dirección: _____

N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel de celular: _____ Tel alternativo: _____

E-mail: _____

Confirmar E-mail: _____

Obra social:

Particular directo:

Datos del afiliado titular

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

E-mail: _____

Teléfono de contacto: _____

Firma del socio o responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Colegio: _____
CUE N°: _____
Nombre y Apellido del alumno: _____
DNI: _____

Se hace constar que el alumno _____ con DNI _____ es
alumno regular de _____ grado/año turno_____. Se encuentra
matriculado para el año 2025 en el grado/año_____ del turno_____ en el
horario de_____.

Se extiende esta constancia en _____ a los _____ días del mes
_____ del año _____.

Firma autoridad del colegio: _____

Sello del colegio: _____

DECLARACIÓN DE CBU PARA PROFESIONALES // INSTITUCIONES

Lugar de emisión _____ Fecha ___/___/___

Por medio de la presente, cumpla en informar los datos correspondientes a mi cuenta bancaria.

❖ Caja de Ahorro N°: _____

❖ CBU: _____

❖ Banco Emisor: _____

❖ E-mail: _____

❖ Confirmar E-mail: _____

Adjuntar extracto de constancia de CBU para validar esta información

Firma y sello de Profesional / Responsable de Transporte /
Responsable de la Institución

Aclaración

DNI

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Datos del afiliado

Apellido y Nombre: _____

N° DNI: _____ Diagnóstico: _____

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con la misma y sometida a evolución por parte de la Auditoría del sector de Discapacidad que determinará, en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad del profesional interviniente.

<u>GRADO DE DEPENDENCIA</u>	<u>NIVEL DE FUNCIONALIDAD</u>
7	Independiente Total
6	Independiente con adaptaciones
5	Solo requiere supervisión
4	Requiere asistencia mínima. Paciente aporta 75% o más
3	Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más
2	Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más
1	Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%

<u>ITEM</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>PUNTAJE</u>
<u>AUTOCUIDADO</u>		
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
<u>CONTROL DE ESFINTERES</u>		
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
<u>TRANSFERENCIAS</u>		
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
<u>LOCOMOCIÓN</u>		
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
<u>COMUNICACIÓN</u>		
14	COMPRESIÓN	
15	EXPRESIÓN	
<u>CONEXIÓN</u>		
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
PUNTAJE FIM TOTAL		

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN

Implica uso de utensillos, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente e indique qué medidas se han tomado para superar la situación.

2. ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes. Indique grado de asistencia que requiere para realizar estas actividades. ¿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 la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente en su aseo personal.

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia para realizar esta actividad

5. VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia para realizar esta actividad.

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. Indicar 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. Ejemplo: Sondas o dispositivos absorbentes. Indicar frecuencia.

9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas y volver a la posición inicial. Indique el grado de participación del paciente.

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Indique grado de participación del paciente.

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12. MARCHA / SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13. ESCALERAS

Implica subir y bajar escaleras.

14. COMPRENSIÓN

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: 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. Describir el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17. RESOLUCIONES DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos.

18. MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades de simples y/o rostros familiares.

EVALUACIÓN

Escriba en base a la evaluación fisisátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

FIRMA Y SELLO DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES

FECHA