



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD AÑO 2025.

DOCUMENTACIÓN TRANSPORTE.

Legajos 2025:

Recepción a partir del día lunes 30 de SEPTIEMBRE de 2024.

IMPORTANTE: NO SE AUTORIZARÁ NINGÚN LEGAJO AL QUE LE FALTE EL INFORME DE ADMISIÓN O EL INFORME EVOLUTIVO (SEGÚN SEA EL CASO) DE TODOS LOS PRESTADORES INTERVINIENTES EN EL TRATAMIENTO DEL BENEFICIARIO.

EL INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA EN SÍ MISMA SU AUTORIZACIÓN.

El presente Instructivo queda sujeto a futuros cambios de normativas por parte del Ministerio de Salud, de la Agencia Nacional de Discapacidad y/o de la Superintendencia de Seguros de Salud.

Versión actualizada al 13/09/2024.

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).

En caso de dudas comunicarse con el Sector DISCAPACIDAD Tel.: 4341-8090 Int.: 946/952

e-mail: sur.disca@uthgra.org.ar / <https://osuthgra.org.ar/guia-de-tramites/>

Documentación del Transportista:

1. **PRESUPUESTO DE TRANSPORTE** en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. **ANEXO XII - Presupuesto de Transporte.**
2. **CONFORMIDAD DEL DIAGRAMA DE TRASLADOS** firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor. **ANEXO XI - Conformidad de Transporte.**
3. En caso de solicitar **DEPENDENCIA** para la prestación de transporte (sólo podrá ser solicitado a partir de los 6 años de vida) se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (**FIM**), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e **incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.** (que función cumple el transportista para solicitarla). **Anexo V - Escala de Independencia Funcional (FIM).**
4. Impresión de Google maps con recorrido a realizar. Se gestiona por Internet ingresando a www.maps.google.com.ar.
5. Fotocopia de la **licencia de conducir vigente.**
6. Fotocopia de la **póliza de seguro vigente.**
7. Fotocopia de la **Habilitación vigente.**
8. **Verificación técnica vehicular.** (VTV).
9. **CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE AFIP:** deberá presentarse la impresión de la consulta de la “Constancia de Inscripción” en www.afip.gob.ar emitida el día de confección del presupuesto a los efectos de verificar impuestos activos.
10. **CBU** copia del comprobante de su cuenta bancaria **CERTIFICADO** por el Banco Emisor (Decreto 904/2016).

ANEXO XII - PRESUPUESTO de TRANSPORTE

Fecha de emisión:

Razón social del Prestador:.....

N ° CUIT:.....

Correo electrónico de contacto:..... Teléfono:.....

Compañía de Seguros:Póliza N°:.....

Nombre y Apellido del beneficiario:.....

D.N.I.:

Periodo: 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): Si - No

Valor del km:..... Monto mensual:.....

De solicitar **DEPENDENCIA** enumerar los Apoyos específicos que se brindarán:

.....

.....
 Firma Transportista

.....
 Firma PcD/Familiar Responsable/Tutor

.....
 Aclaración

.....
 Aclaración

* Es **obligación** completar todos los campos.