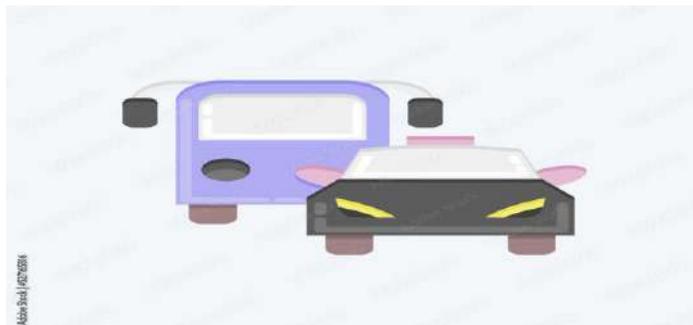


Solicitud para las prestaciones de Transporte Especial



REQUERIMIENTOS PARA EL BENEFICIARIO/A

Certificado de Discapacidad: si el CUD está vencido, recuerde enviar la constancia de renovación emitida por la junta de evaluación, esto permitirá dar continuidad a la prestación

- En caso de requerir transporte especial para concurrir a la escuela común o especial, solicitaremos Constancia de alumno regular y CUE de la escuela

- En casos de justificación social de transporte se requerirá la presentación de Constancia laboral de los padres

Para justificar la dependencia se solicitará la presentación de la Tabla FIM (Protocolo en la página WEB)

MODIFICACIONES EN LA PRESTACIÓN.

Para un adecuado asesoramiento, en caso de requerir cambio de prestador o modalidad prestacional, le solicitamos comunicarse por email a discapacidad.ostel@gmail.com

NOTA: la documentación que se envíe por correo debe ser legible y en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido



REQUERIMIENTOS PARA EL PROFESIONAL MÉDICO

1-Resumen de Historia Clínica (protocolo en adjunto)

2-Prescripción médica indicar periodo de la prestación.

Debe ser original.

Deberá contener: Nombre y apellido del/a Afiliado/a, DNI, Diagnóstico/s y Periodo

- **Transporte especial a institución o rehabilitación**

El servicio solo está destinado a los Beneficiario/as que presenten patología motora.

En caso de otras patologías, que no puedan acceder al servicio público de pasajeros, se solicitará una justificación. La justificación_deberá orientarse hacia situaciones:

- emocionales
- sociales (trabajo de ambos padres o flia. monoparental)

- **Solicitud de dependencia:**

Debe quedar consignado claramente en el Resumen de Historia clínica y la Prescripción Médica. Presentar tabla FIM

Resumen de Historia Clínica

Fecha:

Nombre y Apellido:

DNI:

Nro. Afiliado:

Edad:

Diagnóstico:

Informe Integral de la condición de salud:

Descripción de las prestaciones que recibe actualmente:

Firma y sello del profesional





REQUERIMIENTOS PARA EL PRESTADOR

Se reconocerán los traslados a Instituciones y a Centros o consultorios para tratamientos de rehabilitación.

Se deberá presentar de manera obligatoria la siguiente documentación:

- Constancia de concurrencia a instituciones, Centros de Rehabilitación o consultorios para tratamientos de rehabilitación.
- Conformidad de Diagrama de traslados de Google Map firmada por la persona con discapacidad /familiar responsable
- Presupuesto original y Conformidad transporte prestacional firmada por la persona con discapacidad /familiar responsable (en adjunto)
- Póliza de Seguro vigente
- Habilitaciones vigentes
- VTV vigente
- Licencia de conducir vigente
- Planilla mensual de asistencia (en adjunto)
- Planilla de datos bancarios (en adjunto)

Se recuerda el envío al correo de discapacidad (discapacidad.ostel@gmail.com) de las pólizas de seguro, licencia de conducir, y constancias de VTV que se renueven durante el año.

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 y DNI del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo con Documento Tipo (.....) N°
....., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:
desde hasta.....

Firma:

Aclaración:

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:





REQUERIMIENTOS PARA LA FACTURACIÓN

La factura o recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (CUIT 30-60871639-0 y Nombre) Presentación mensual (del 01 al 10 de cada mes).
Presentar planilla de asistencia mensual.

- La facturación se debe enviar al correo: integracion.ostel@gmail.com en formato PDF emitido por AFIP

La factura deberá presentarse con los siguientes datos:

- Nombre del beneficiario y DNI
- Direcciones de partida y destino,
- Cantidad de viajes por día y mensual
- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
- Total, de kilómetros del mes
- Indicar si corresponde dependencia.
- Mes al que corresponde la factura.

El recibo deberá contener: Nro. de factura que cancela.

Planilla de Asistencia mensual Obra Social del Personal de Telecomunicaciones de la República Argentina

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

APELLIDO Y NOMBRE DEL PRESTADOR:

PRESTACIÓN:

MES:

AÑO:

	FECHA	FIRMA DEL PRESTADOR	ACLARACION O SELLO DEL PRESTADOR	FIRMA DEL AFILIADO	ACLARACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

La información descripta precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades de los arts. 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.



Planilla CBU

Sres OSTEL:

Remito mis datos bancarios actualizados para el pago por prestaciones de discapacidad 2023 de acuerdo a lo establecido por Res 406/2016

Prestador.....

Prestador de vuestra Beneficiaria/o:.....

Nro de CUIT/CUIL.....

Cuenta Bancaria Nro.....

Entidad Bancaria.....

Nro CBU.....

Sin más, Saludo Atte.

Firma y sello del prestador

Adjuntar comprobante de CBU de su entidad Bancaria actualizado

