Documentación del transporte

Utilice la casilla de verificación para controlar la documentación a enviar

Orden	Documento	Casilla de verificación
	Documentación Prestacional	
1	Indicación médica	
2	Conformidad de transporte	
3	Presupuesto de Transporte	
4	Diagrama de Traslados	
5	Geolocalización de google maps	
6	FIM (Si solicita dependencia)	
	Documentación del prestador	
7	Habilitación vigente (excluyente)	
8	DNI (titular del servicio)	
9	Licencia de conducir vigente	
10	Cédula del automotor	
11	Verificación Técnica Vehicular	
12	Seguro vigente	
13	Constancia de AFIP	
14	Constancia de CBU	

Por favor, revise y controle la documentación antes de enviarla. Solo se recibirá documentación completa según el presente instructivo.

Recepción de documentación para auditoria, autorizaciones:
discapacidad@ospesca.org.ar

IMPORTANTE: LA DEPENDENCIA ES PARA MAYORES DE 6 AÑOS Y LOS PRESTADORES QUE LA SOLICITEN DEBEN JUSTIFICAR QUE SERVICIO ADICIONAL BRINDAN

PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ……/……/20……

Razón Social del Prestador: .....

CUIT: .....

Correo electrónico: ..... **Tel/Cel: .....**

Compañía de seguros: ..... **Póliza N°: .....**

Beneficiario:..... **DNI:.....**

Periodo desde: ..... **Periodo hasta: .....**

Kilómetros Mensuales: ..... **Valor del kilómetro: .....**

Importe Mensual: $..... **Dependencia: SI [ ] - NO [ ]**

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

DIAGRAMA DE TRASLADOS

Beneficiario: ..... DNI: ..... Periodo Desde: ..... Hasta: .....

Día	Hora	Domicilio de Partida	Domicilio de Destino	KMS por viaje
Lun				
Mar				
Mié				
Jue				
Vie				
Sáb				

Total de Kms. Mensuales				
Valor del km. (Importe mensual)	**$**			
Dependencia 35% (Sujeto a evaluación)	**NO**		**SI**	

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

CONFORMIDAD DE TRANSPORTE

Lugar y fecha: .....

Apellido y nombre del beneficiario: .....

DNI o Nro. de Afiliado: .....

Yo, ...

Con documento Tipo: ……. Nro.....**, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo desde: ……, hasta: ……**

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

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 y cronograma de tras- lados.

DNI: ..... Aclaración: ..... Firma: .....

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.