

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL CARTÓN Y QUÍMICOS

R.N.O.S. LEY 23660 – 1-1410-9

Oswaldo Cruz 2075 – (1293) Capital Federal - T.E. 4126-0900-Fax 4301-0512

INSTRUCTIVO GENERAL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD

LINEAMIENTOS GENERALES PARA SOLICITAR PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD 2017

NO SE ACEPTARÁN TRÁMITES QUE NO SEAN PRESENTADOS EN FORMA PERSONAL, POR FAMILIAR DIRECTO O POR EL AFILIADO CON DISCAPACIDAD EN ORIGINAL Y CON TODA LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA (sin enmiendas ni tachaduras)

La documentación requerida para solicitar prestaciones está sujeta a modificaciones por eventuales disposiciones del Ente Oficial (Superintendencia de Servicios de Salud).

Para los residentes en Capital Federal o en el Gran Buenos Aires los trámites se realizan en la Sede Central de la Obra Social, Osvaldo Cruz 2075 C.A.B.A de lunes a viernes de 9 a 17 hs en el Departamento de Discapacidad-

Para los residentes en el interior del país la documentación podrá presentarse en las Delegaciones Zonales, Sindicatos o bien enviando la documentación por correo a la Sede Central de la Obra Social.

IMPORTANTE: LAS DELEGACIONES ZONALES Y SINDICATOS NO ESTAN HABILITADOS PARA AUDITAR NI EMITIR NINGUNA AUTORIZACION. SÓLO RECEPCIONAN DOCUMENTACIÓN.

Para consultar por autorizaciones, comunicarse a la Sede Central de la Obra Social, al Departamento de Discapacidad.

LAS SOLICITUDES DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD DEBE CONTEMPLAR PERIODO ANUAL

Es obligatorio presentar toda la documentación requerida EN FORMA COMPLETA. Se recepciona documentación a partir de Noviembre para la renovación del año 2017 hasta Marzo inclusive-

IMPORTANTE:

Se recuerda que el inicio del trámite no implica en sí mismo su autorización, ya que esta se encuentra sujeta al análisis de la documentación presentada y de la evaluación que realice el equipo interdisciplinario de auditoria de la Obra Social.

En caso de dudas o sugerencias, comunicarse por e-mail a:

asistenciasocial@ospapel.org.ar (Lic. Luciana Russo)

areadiscapacidad@ospapel.org.ar (Srta Claudia Britos)

gestionsur@ospapel.org.ar (Dra. Patricia Parodi)

Consultas en nuestra página web : www.ospapel.org.ar

Telefónicamente al:(54 11) 4126-0900 o vía Fax al : (54 11) 4301-0512

DOCUMENTACION A PRESENTAR:

BENEFICIARIOS:

A)

1-BENEFICIARIO TITULAR DE LA OBRA SOCIAL: deberá presentar fotocopia de Carnet de la Obra Social y DNI.

2-BENEFICIARIO MONOTRIBUTISTA: deberá presentar además de Carnet y DNI, fotocopia de los comprobantes de pago de los 6 últimos meses anteriores a la fecha del inicio del trámite.

3-AFIILIADO CON FONDO DE DESEMPLEO: fotocopia de último recibo de haberes y último comprobante de cobro.

B)

-FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE y/ o fotocopia de constancia de turno para la renovación en caso de encontrarse vencido o en trámite, clara y legible.

En caso de que el beneficiario presente una patología pero no haya accedido al Certificado de Discapacidad no podrá gestionar la solicitud de prestaciones.

C)

PEDIDO MEDICO: El mismo debe ser original, estar confeccionado por el médico tratante (según la patología que presente el afiliado)

La solicitud de prestaciones no podrá estar confeccionada por ningún profesional de la Institución donde se realizará el tratamiento. (ni por ningún Profesional de la salud NO Médico).

No se podrá sugerir Institución y/o Prestador y/o Transportista en la orden médica.

El mismo deberá contener:

-Nombre completo y Nro de afiliado

-Solicitud de prestación y cantidad de sesiones/ tipo de jornada (simple o doble)

-Período solicitado de la prestación

-Fecha de emisión (anterior al período solicitado para comenzar con la prestación)

-Diagnóstico

-Firma y sello del profesional

***VER ANEXO MODELO DE ORDEN MEDICA PARA SOLICITAR PRESTACIONES.**

D)

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: El mismo debe ser original, estar confeccionado por el medico tratante (según la patología que presente el afiliado)

La especialidad del médico de cabecera debe ser afín al motivo de su discapacidad y contener también datos relevantes a los tratamientos prescriptos.

Es fundamental que tenga fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación.

La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.

NO SE ACEPTARAN ORDENES QUE NO ESTEN FIRMADAS POR MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA DISCAPACIDAD QUE ACREDITE EL BENEFICIARIO EN SU CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

E)

PRESUPUESTO

-Se deberá presentar un presupuesto original con membrete y valores según último nomenclador vigente.

-Constancia de CUIT

***VER ANEXO CONFECCION DE PRESUPUESTOS**

PRESTACIONES :

1-EDUCACION INICIAL

Proceso educativo correspondiente a la primer etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad.

Documentación a presentar:

- 1-**Pedido Medico** que indique la necesidad de educación inicial (VER ANEXO MODELO DE ORDEN MEDICA PARA ESCUELA ESPECIAL)
- 2-**Constancia de Alumno Regular (Escuela Común)** al que asiste el Beneficiario, que certifique su condición de tal.
- 3-**Presupuesto y Plan de Trabajo** con objetivos determinados
- 4-**Carga horaria y cronograma semanal de asistencia:**Cronograma de días y horarios a brindarse la prestación.
- 5- **Informes evolutivos:** primer y segundo semestre del año
- 6-**Comprobante de CBU** para efectuar el pago correspondiente.

2- EDUCACION GENERAL BÁSICA

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 18 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial

Documentación a presentar:

- 1-**Pedido Medico** que indique la necesidad de educación inicial ((ver anexo modelo de orden medica para solicitar educacion general basica)
- 2-**Constancia de Alumno Regular (Escuela Común)** al que asiste el Beneficiario, que certifique su condición de tal.
- 3-**Presupuesto y Plan de Trabajo** con objetivos determinados
- 4-**Carga horaria y cronograma semanal de asistencia:**Cronograma de días y horarios a brindarse la prestación.
- 5- **Informes evolutivos:** primer y segundo semestre del año
- 6-**Comprobante de CBU** para efectuar el pago correspondiente

3-INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRA DE APOYO

Destinada a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse a la escolaridad común.

Hasta la finalización del nivel de educación secundario

Dicha prestación podrá ser brindada por:

INSTITUCIONES CATEGORIZADAS para las modalidades de Educación Especial, Educación General Básica, Centro Educativo Terapéutico con Integración escolar y Equipos debidamente categorizados

MAESTRA DE APOYO: La misma podrá ser brindada por: un psicopedagogo/a o Profesor/a en Educación Especial . SIN EXCEPCION-

Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente).

IMPORTANTE: El profesional que brinde esta prestación no podrá brindar prestación de apoyo de manera complementaria.

Documentación a presentar:

- 1-**Pedido Medico** que indique la necesidad de Integración escolar (ver anexo modelo de orden medica para solicitar maestra de apoyo)
- 2-**Constancia de Alumno Regular (Escuela Común)** al que asiste el Beneficiario, que certifique su condición de tal.
- 4-**Presupuesto y Plan de Trabajo** con objetivos y adaptaciones curriculares.
- 5-**Carga horaria y cronograma semanal de asistencia:**Cronograma de días y horarios a brindarse la integración.
- 6- **Acta Acuerdo** firmada por el Equipo Integrador o Profesional, la escuela común y el padre, madre o tutor, firmada por la docente especial y los profesionales del equipo interdisciplinario que intervienen, las autoridades de la escuela, la Maestra de grado y los padres.
- 3- **Informes evolutivos:** primer y segundo semestre del año
- 7-**Constancia de categorización e inscripción en el Registro Nacional de Prestadores**
- 8-**Comprobante de CBU** para efectuar el pago correspondiente

4-ESTIMULACION TEMPRANA:

Deberá ser brindada por un Centro de Estimulación Temprana o Centro de Rehabilitación. Habilidadado para tal fin.

Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 0 a 4 años de edad.

Documentación a presentar:

- 1-**Pedido médico** (Ver anexo modelo de orden medica para solicitar estimulacion temprana)
- 2-**Presupuesto original** según valores del último nomenclador vigente
- 3-**Plan de trabajo:** conteniendo los objetivos a alcanzar, firmado por el profesional responsable.
- 4-**Documentación adicional del profesional:**
 - Fotocopia de Título habilitante
 - Fotocopia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores
 - Fotocopia de DNI
 - Constancia de Inscripción de AFIP
 - Consentimiento (VER ANEXO)
- 5-**Documentación adicional del Centro de Rehabilitación / Estimulación Temprana:**
 - Fotocopia de Categorización por el Servicio Nacional de Rehabilitación
 - Fotocopia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud
 - Fotocopia de Habilidadación del Ministerio de Salud.
- 6-**Comprobante de CBU** para efectuar el pago correspondiente

5-TRATAMIENTOS AMBULATORIOS: Prestaciones de Apoyo

Psicología, Psicopedagogía, Kinesioterapia, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología

Población: Niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales o especiales
Atención en domicilio, consultorio o centro de rehabilitación.

1-Pedido Médico (ver anexo modelo de orden medica para solicitar prestaciones de apoyo)

2-Presupuesto original: según valores último nomenclador vigente

3-Plan de trabajo: conteniendo los objetivos a alcanzar, firmado por el profesional responsable.

4-Documentación adicional del profesional:

- Fotocopia de Título habilitante y Matrícula profesional
- Fotocopia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores
- Fotocopia de DNI
- Constancia de Inscripción de AFIP
- Consentimiento (ver anexo)

5-Informes evolutivos: primer y segundo semestre del año

6--Comprobante de CBU para efectuar el pago correspondiente

-Documentación adicional del Centro de Rehabilitación (en caso de las prestaciones se dieran en un Centro Categorizado para tal fin)

- Fotocopia de Categorización por el Servicio Nacional de Rehabilitación
 - Fotocopia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud
 - Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud
- Comprobante de CBU para efectuar el pago correspondiente.

IMPORTANTE: El máximo de horas de prestación de apoyo será de hasta seis horas semanales y las sesiones deberán tener una duración de 45 minutos

6-CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO:

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo. Dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial

Población: Discapacitados mentales (psicóticos, autistas, lesionados neurológicos, parálisis cerebrales, multidiscapacitados entre los 4 y los 24 años de edad.

Documentación a presentar:

1- Pedido Médico (ver anexo modelo de pedido medico para solicitar CET)

2-Resumen de Historia Clínica

3- Presupuesto Original(ver anexo)

4-Plan de trabajo indicando los objetivos a alcanzar

5-Informes evolutivos: primer y segundo semestre del año

6-Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores y categorización vigente según el Servicio Nacional de Rehabilitación

7-Comprobante de CBU para efectuar el pago correspondiente

7-CENTRO DE DIA

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

Población: Destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras y sensoriales .

1- Pedido Médico (ver anexo modelo de pedido medico para solicitar CENTRO DE DIA)

2-Resumen de Historia Clínica donde la prescripción de la misma debe estar adecuadamente justificada

3- Presupuesto Original(ver anexo)

4-Plan de trabajo indicando los objetivos a alcanzar

5-Informes evolutivos: primer y segundo semestre del año

6-Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores y categorización vigente según el Servicio Nacional de Rehabilitación

7-Comprobante de CBU para efectuar el pago correspondiente

8-FORMACION LABORAL

Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo.

Población: Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y los 24 años de edad cronológica, aproximadamente . Las personas con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad podrán beneficiarse de la formación laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

Documentación a presentar:

1- Pedido Médico (ver anexo modelo de orden medica para solicitar prestación formación laboral)

2-Resumen de Historia Clínica donde la prescripción de la misma debe estar adecuadamente justificada

3- Presupuesto Original(ver anexo)

4-Plan de trabajo indicando los objetivos a alcanzar

5-Informes evolutivos: primer y segundo semestre del año

6-Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores y categorización vigente según el Servicio Nacional de Rehabilitación

7-Comprobante de CBU para efectuar el pago correspondiente

9 MODULO HOGAR

Es el recurso institucional que tiene por objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación y atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente

Población: Personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, de lunes a viernes.

Documentación a presentar:

- 1- **Pedido Médico** (VER ANEXO MODELO DE ORDEN MEDICA PARA SOLICITAR PRESTACION HOGAR)
- 2- **Resumen de Historia Clínica** donde la prescripción de la misma debe estar adecuadamente justificada
- 3- **Presupuesto Original**(VER ANEXO MODELO PARA CONFECCIONAR PRESUPUESTO PARA PRESTACION HOGAR)
- 4- **Plan de trabajo jntto a un informe social que avale la necesidad de un módulo hogar, emitido por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.**
- 5- **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores y Categorización vigente según el Servicio Nacional de Rehabilitacion**
- 6- **Comprobante de CBU** para efectuar el pago correspondiente

10--TRANSPORTE ESPECIAL

Implica el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hacia el lugar de atención con regreso

Este beneficio será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructurar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la ley 24.14 art 22 inc. a)

El pedido deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el Médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros con un acompañante. La aprobación final será a criterio de Auditoría Médica.

No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino indicado en la documentación presentada previamente.

No se abonarán los km autorizados que no hayan sido realizados (esto incluye el período de receso escolar de las Instituciones educativas).

La facturación correspondiente deberá confeccionarse por los días hábiles que tenga el mes facturado, en el caso de que la factura venga con un importe por una cantidad de días no correspondientes al mes, se devolverá la misma, solicitando que se vuelva a confeccionar.

Documentación a presentar:

- 1- **Pedido Médico** (VER ANEXO MODELO DE ORDEN MEDICA PARA SOLICITAR PRESTACION TRANSPORTE)
- 2- **Presupuesto original** (VER ANEXO MODELO PARA CONFECCIONAR PRESUPUESTO PARA PRESTACION TRANSPORTE)

-Documentación del Transportista:

- 1- Fotocopia de DNI
- 2- Fotocopia del carnet de conducir vigente
- 3- Fotocopia de la Póliza del Seguro Automotor.
- 4- Fotocopia de Habilitación Municipal Vigente
- 5- Impresión de Google Maps con recorrido a realizar ingresando aquí: www.maps.google.com.ar
- 6- Comprobante de CBU para efectuar el pago correspondiente

DEPENDENCIA

Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad, requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulaci3n.

Para solicitar dependencia deberá presentar escala FIM firmada por el medico tratante (no la instituci3n y/o profesional al que asiste) SIN EXCEPCION.

Sr Beneficiario: Si Ud solicita transporte con dependencia, deberá solicitar en el área administrativa del sector de Discapacidad el modelo de escala FIM para que el profesional tratante pueda completarla, y poder presentarla junto a la orden medica y presupuesto.

La escala FIM por sí sola no acredita dependencia, la misma será evaluada por el Equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad, de la Obra Social.

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia, para las siguientes modalidades:

Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico y Transporte, y en los casos en que se encuentre debidamente justificado.

En lo inherente al Transporte, se le recuerda a los afiliados que la Dependencia facturada debe ser para un Transporte Especial (**no incluye Remises**) que posea una Asistente que se ocupe del cuidado de los discapacitados, ayude en el ascenso y descenso, y/o poseer rampa elevadora y/o mecanismo de sujeci3n para sillas de ruedas.

LAS PRESTACIONES SOLICITADAS SERÁN SOLAMENTE AUTORIZADAS POR LOS MÉDICOS AUDITORES DE LA OBRA SOCIAL(SEDE CENTRAL) OSVALDO CRUZ 2075, CP 1293, BARRACAS, C.A.B.A. LAS DELEGACIONES SINDICALES NO PUEDEN ESTIMAR NI EMITIR EL COMIENZO DE LAS MISMAS.

FACTURACIÓN

La Facturación debe ser mensual y por Beneficiario.

La misma debe estar dirigida a nombre de la Obra Social del Personal del Papel, Cartón y Químicos (O.S.P.P.C.Y.Q).

Cada factura debe detallar, la prestación autorizada a cobrar, siendo obligatorio consignar sólo una prestación, no se podrá aunque pertenezca a la misma Institución enviar una misma factura con dos o mas prestaciones, por ej: Centro Educativo Terapéutico y Transporte, etc. El cuerpo de la factura debe mencionar nombre completo con Nro de afiliado y DNI del beneficiario objeto de la prestación.

DATOS DE LA OBRA SOCIAL PARA CONFECCIONAR LA FACTURA:

Razón Social: O.S.P.P.C.Y.Q (Obra Social del Personal del Papel, Cartón y Químicos)

Dirección: Osvaldo Cruz 2075, CP:1293, Barracas.

I.V.A: Exentos. C.U.I.T: 30-60712615-8

Deberá ser presentada dentro de los 15 días subsiguientes al cierre del mes de la prestación (ej: mes de la prestación que culmina noviembre fecha tope para presentación 15 de Diciembre), requisito fundamental para abonar la misma, en Mesa de Entrada de la Obra Social: (Osvaldo Cruz 2075, CP 1293, Barracas, de Lunes a Viernes de 09:00 a 17:00) o enviarla por correo postal.

IMPORTANTE: LA NO PRESENTACION DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS PLAZOS ESTIPULADOS GENERARA SERIAS DIFICULTADES EN EL COBRO DE LAS MISMAS.

Se deberá adjuntar a la Factura, el comprobante de la asistencia mensual del paciente para cualquier prestación (Institución y/o Transporte) con la firma de conformidad del Afiliado Titular o familiar responsable (con firma registrada), siendo esto imprescindible para su autorización. En el caso de las prestaciones de apoyo, y transporte, la planilla deberá ser diaria, ya que el padre/madre o familiar responsable debe firmar diariamente los días que concurre o se traslada el afiliado.

Los pagos se realizan via transferencia bancaria, razón por la cual los nuevos prestadores deberán comunicar su CBU.

Aproximadamente 60 días después de la entrega de la Factura deberá comunicarse el Prestador con la Obra Social, los días Martes o Jueves de 10:00 a 15:00 hs, y solicitar con el Sector Caja, quien se encargará de informarles cuándo se hará efectiva la transferencia.

En todos los casos se deberá presentar recibo oficial según Resolución 400/16

Abandono de Tratamiento

Se deberá emitir una nota por parte del beneficiario titular informando y argumentando el fin del tratamiento, con la fecha de la última prestación brindada, firmada por el mismo.

Ampliación de Cobertura

En tal caso deberá emitirse una nota por parte del beneficiario titular argumentando la necesidad de la ampliación de tratamiento, junto a un nuevo resumen de historia clínica con justificación médica.

IMPORTANTE: El pedido de ampliación queda sujeto a la evaluación y criterio del equipo de auditoría de la obra social.

ANEXOS

Se adjuntan a este manual, modelos de Presupuestos correspondientes según los tipos de tratamientos que puedan llegar a solicitar los beneficiarios.

Los mismos deben ser tomados como base para confeccionar dicho presupuesto y deben ser presentados en hoja membretada.

1.-Presupuesto Prestaciones de Apoyo (Debe contener estos datos)

Fecha de Emisión:.....
Beneficiario:..... DNI:.....
Prestación/ Especialidad:.....
Periodo:.....
Cantidad de horas semanales diferenciadas en cantidad de días.....
Monto Sesión:..... Monto Mensual:.....
Observaciones:.....
Prestador:.....
Domicilio de Atención:.....
Teléfono:..... Correo electrónico:.....
Cronograma de Asistencia: Marcar con una cruz los días y horario pactado con el beneficiario que correspondan.
Lunes:.....
Martes:.....
Miércoles:.....
Jueves:.....
Viernes:.....
Sábado:.....
Nro de CBU.....
Firma:.....
Aclaración:.....

Es necesario junto a este modelo de presupuesto, adjuntar la documentación a presentar que aparece detallada en el presente instructivo.

IMPORTANTE:

- PLANILLA DE ASISTENCIA

Será necesario que el presupuesto presentado por los profesionales, detalle día y horario de la prestación, por ejemplo, si se trata de ocho sesiones de psicología mensuales, detallar que el afiliado asiste martes y jueves de 14 a 15 hs.

Al presentar la factura, adjuntar la siguiente planilla de asistencia, la cual deberá estar firmada por el padre/tutor del afiliado objeto de la prestación.

NO SE ACEPTARAN SESIONES CONJUNTAS, por ejemplo, dos horas reloj de Psicología, facturadas como dos sesiones independientes. Las mismas deberán ser distribuidas de acuerdo a la disponibilidad del paciente y el prestador.

2.-MODELO DE PRESUPUESTO INSTITUCIONES (Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar)

Fecha de Emisión:.....
Beneficiario:.....
DNI:.....
Modalidad prestacional a brindar:.....
Categoría:.....
Periodo:.....
Tipo de Jornada a realizar:.....
Cronograma de asistencia:.....
Monto Mensual:.....
Observaciones:.....
Prestador:.....
Domicilio de Atención:.....
Teléfono:.....
Correo electrónico.....
Página web:.....
Nro de CBU.....
Firma:.....
Aclaración:.....

Se deberán presentar dos presupuestos de diferentes instituciones, en el caso que la prestación solicitada sea por primera vez o haya cambio de institución, deberá además ser cercana domicilio.

3.- MODELO DE PRESUPUESTO TRANSPORTE ESPECIAL

Fecha de Emisión:.....
Beneficiario:..... DNI:.....
Prestación a Brindar: Transporte Especial.....
Periodo:.....
Km Diarios:..... Km Mensuales:.....
Monto por Km:..... Monto Mensual:.....
Lugar de partida:.....
Lugar de destino:.....
Impresión de Google Maps ingresando a: www.maps.google.com.ar
Cronograma de Traslados: Marcar con una cruz los días que correspondan.
Lunes:.....
Martes:.....
Miércoles:.....
Jueves:.....
Viernes:.....
Sábado:.....
Prestador:.....
Domicilio:.....
Teléfono:.....
Compañía de Seguros:..... Nro de Póliza:.....
Vigencia Licencia de Conducir:.....
Vigencia Habilitación municipal:.....
Nro de CBU.....
Firma:.....
Aclaración:.....

4.- CONFORMIDAD Y REGISTRO DE FIRMA:

Quien/es firmen la conformidad será/n el/ los responsables de avalar y firmar la planilla de asistencia , adjunta a la facturación.

Buenos Aires,..... de de 20.....

SRES. OBRA SOCIAL DEL PAPEL,CARTON Y QUIMICOS:
AFILIADO:

De mi consideración:

Mediante la presente, doy mi conformidad y acepto que mi hijo/a.:

DNI.: , concurra a
durante el periodo:.....

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:.....

DNI:.....

TELEFONO DE LINEA:.....

TELEFONO CELULAR:.....

PADRE/TUTOR/ENCARGADO:.....

5.-Actualización de datos personales

Nombre y apellido del afiliado:.....

DNI.....

Nombre y Apellido del Padre.....

Nombre y Apellido de la Madre.....

Domicilio.....

Localidad.....

Provincia.....

Código Postal.....

Teléfono.....

Correo electrónico.....

Firma:.....

Aclaración:.....

Fecha:.....