



PEDIDO DE TRANSPORTE ESPECIAL DOCUMENTACION A PRESENTAR

- Pedido Medico - Un pedido medico por cada prestación y lugar al que se traslada - **Formulario OSTCARA**
- Presupuesto Transporte - **Formulario OSTCARA**
- Consentimiento informado - **Formulario OSTCARA**
- Diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado)
- Planilla de asistencia mensual con carácter de DDJJ
- Habilitación Municipal
- Licencia de conducir
- CUIT
- Seguro de vehiculo
- VTV
- CBU - Formulario OSTCARA

En caso de señalar **DEPENDENCIA** se debe presentar Planilla FIM confeccionada por Medico tratante o Lic. En Terapia Ocupacional + el prestador debe especificar en el diagrama de traslados los apoyos específicos que se brindaran

LOS LEGAJOS 2023 SERAN TODOS DIGITALES - DEBEN ENVIARLOS EN FORMATO PDF CUANDO TENGAN EL LEGAJO COMPLETO AL MAIL DE secretaria@ostcara.org.ar INDICANDO EN EL TITULO EL NOMBRE DEL AFILIADO.



Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado: _____

DNI: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Prestación: _____

Dependencia: SÍ NO.

Periodo: desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____

Firma y sello del médico tratante

EN CASO DE SEÑALAR DEPENDENCIA DEBE PRESENTAR PLANILLA FIM CONFECCIONADA POR MEDICO TRATANTE O LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL + EL PRESTADOR DEBE ESPECIFICAR EN EL DIAGRAMA DE TRASLADOS LOS APOYOS ESPECIFICOS QUE SE BRINDARAN



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

_____, ____/____/____

Apellido y Nombre del Afiliado: _____ N° de Documento: _____

Transporte Especial a: Especialidad/Prestación (Según mecanismo INTEGRACION): _____

Período solicitado: _____ / 20__ hasta: _____ / 20__

Kms. diarios: _____ Kms. mensuales: _____ Monto mensual: \$ _____ Monto por km.: \$ _____

Solicita dependencia de terceros: SÍ NO.

Domicilio de partida: _____

Domicilio de destino: _____

(Debe coincidir con el domicilio declarado en los presupuestos de las instituciones o de los profesionales particulares).

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (completar los días y el horario de correspondan).

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____

Prestador: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. fijo y celular: _____ Email: _____

N° de CUIT: _____ Condición frente al IVA: _____

Firma y sello del responsable

Firma del padre/madre o tutor

NO SE RECEPCIONARAN FACTURAS SUPERIORES A LOS DOS MESES DE LA PRESTACION.

DEBE ADJUNTAR: HABILITACION+ SEGURO + VTV + LIC. DE CONDUCIR + CUIT

EN CASO DE SEÑALAR DEPENDENCIA DEBE PRESENTAR PLANILLA FIM CONFECCIONADA POR MEDICO TRATANTE O LIC. EN TERAPIA OCUPACIONAL + EL PRESTADOR DEBE ESPECIFICAR EN EL DIAGRAMA DE TRASLADOS LOS APOYOS ESPECIFICOS QUE SE BRINDARAN



FORMULARIO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre o razón social del prestador: _____ CUIT del prestador: _____

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DONDE SE ACREDITARÁ EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

Nombre del titular de la cuenta: _____

Alias (*): _____ (*Entre 6 y 20 caracteres, respetando mayúsculas y minúsculas).

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____ Sucursal: _____

CBU: _____

CUIT/ CUIL: _____

Tel: _____ Correo electrónico: _____

Fecha

Firma y sello del prestador

Aclaración de firma

DATOS OSTCARA PARA FACTURAR:

OSTCARA CUIT 30-708767197-7 IVA EXENTO DIRECCION: PARANA 749 2 A - Caba CP 1017

La factura debe especificar:

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO + DNI + TIPO DE PRESTACION + MES DE LA PRESTACIONES + CANTIDAD DE SESIONES o MODULO O CANTIDAD DE HORAS o CANTIDAD DE KM (SEGUN EL TIPO DE PRESTACION)

Las facturas deben estar acompañadas por la planilla de asistencia mensualmente, de no acompañarla la misma no será recepcionada.

Las facturas se deben enviar via mail a administracion@ostcara.org.ar del 1 a l 10 de cada mes.