



PEDIDO DE TRANSPORTE ESPECIAL **DOCUMENTACION A PRESENTAR**

- Pedido Medico – Un pedido medico detallando a cada 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- Google maps
- Planilla de asistencia mensual con carácter de DDJJ
- Habilitación Municipal
- Licencia de conducir
- CUIT
- Seguro de vehiculo
- VTV
- CBU

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

- En caso de que el afiliado solo tenga de la prestacion de transporte se debe adjuntar constancia de alumno regular + CUE (código único de establecimiento del colegio)

- **DATOS PARA FACTURAR:**
OSTCARA – CUIT 30-70876719-7 IVA EXENTO – PARANA 749 2 A – CABA
En la factura debe detallar el nombre + DNI del afiliado + mes de prestacion + cantidad de km diarios + km totales mensuales



Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido del afiliado: _____

DNI: _____ Edad: _____ Telefono: _____

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

_____, ____/____/____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____ DNI: _____

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: _____

Celular: _____ Email: _____

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

CBU: _____ ALIAS : _____

Firma y sello del responsable

LAS FACTURAS SE DEBEN PRESENTAR DEL 1 AL 10 DE CADA MES AL MAIL administracion@ostcara.org.ar

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