



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social
Transporte
2027

Obra Social de Choferes de Camiones
San José 1775/81 (1136) CABA - Tel. (011) 4378-1000
Personería Social Nro. 1-0580-4 - Resolución I.N.O.S. Nro. 683/80



Requisitos - Afiliados Discapacidad

Los afiliados deben presentar:

- Fotocopia del CUD vigente.
- Fotocopia del DNI.
- Constancia de alumno regular o reserva de vacante con horario y número de CUE.
- Si no está escolarizado/a debe presentar una nota (ver pág. 11)
- Planilla de conformidad.
- Resumen de historia clínica, prescripción médica del tratamiento indicado por el neurólogo, pediatra o médico clínico con el periodo de la prestación en las planillas de la obra social.

En caso de:

- **Prestación de apoyo / rehabilitaciones:** indicar tipo de tratamiento, ya sea, individual e institucional detallando el periodo del mismo y cantidad de sesiones.
- **Tratamiento institucional:** indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.).
- **Transporte:** solicitar el traslado a la prestación con días y horarios.

Si se solicita:

- **Solicitar dependencia para las prestaciones de hogar, hogar con centro de día, hogar con CET, centro de día y centro educativo terapéutico:** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindara conforme al Plan de Abordaje Individual.
- **Solicitar dependencia para la prestación de transporte:** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por el médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.



Requisitos - Prestadores Discapacidad

Los prestadores deben presentar:

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- Constancia de ARCA, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- Pago del Monotributo.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Documentación específica de cada prestación:

Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:

- Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación. - Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Módulo de Apoyo a la Integración Escolar con equipo (título del profesional que va a dar la prestación en el aula y DNI).
- Se recuerda que no se autoriza persona con curso de acompañante terapéutico en el aula.
- Constancia de ARCA y último pago de Monotributo.
- Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar

- Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas,



educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

- Constancia de ARCA, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Colegio / CET / Centro de día

- Nómina de profesionales
- Plan terapéutico (preferentemente 5 hojas)
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agenda Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- Constancia de ARCA, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Prestación de apoyo / Rehabilitación

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).
- Constancia de ARCA y último pago de Monotributo.
- Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Plan de tratamiento (preferentemente 5 hojas).
- Títulos de los profesionales.
- Habilidad municipal de consultorio.
- Matrícula

Transporte

- Habilidad de transporte actualizada. En caso de remis, habilitación de remisería póliza de seguro y último pago verificación técnica vehicular.
- Licencia de conducir.
- CBU bancario del prestador.
- Ingresos Brutos.
- Constancia de ARCA y último pago.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Recorrido de Google Maps o constancia de geolocalización, firmado por beneficiario y/o familiar, responsable/tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA 2027

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Antecedentes _____

Estado actual _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma y sello
Médico Auditor

Firma y sello
Médico de Cabecera



PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE 2027

PARA INSTITUCIONES (C.E.T - COLEGIOS - HOGAR - CD)

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Indicación Médica

Solicito transporte a: _____

Dependencia: Sí ☐ No ☐

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Período: de _____ de 2027 a _____ de 2027.

Firma y sello
Médico de Cabecera



PLANILLA JUSTIFICACIÓN DE TRANSPORTE 2027

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

IMPORTANTE

Si el beneficiario es menor, debe viajar acompañado por un familiar adulto o tutor sin excepción.

Solo por el Médico

Patología _____

Diagnóstico _____

_____ DSM IV-CIE X _____

Solicitud de transporte (motivo y justificación médica) _____

Firma y sello
Médico de Cabecera

Solo por el Médico Auditor

Consignar los ejes _____

Firma y sello
Médico Auditor



PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE 2027 A REHABILITACIÓN

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Indicación Médica (solicitar transporte, indicar qué rehabilitación y cantidad de viajes semanales)

Solicito transporte a: _____

Dependencia: Sí ☐ No ☐

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Período anual (*): _____

Ejemplo de período: Agosto 2026 a Julio 2027 (12 meses).

Firma y sello
Médico de Cabecera



CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 2027

ANEXO II

Datos del beneficiario

Apellido y nombre: _____

Número de Afiliado: _____

Teléfono: _____

E-mail del afiliado: _____

Yo _____ con Documento Tipo (_____) N° _____

doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detalla/n y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma

Aclaración

Si el firmante no es la persona con discapacidad completar:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de: _____

manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma

Aclaración y DNI



MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) 2027

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Fecha: _____

Tabla de puntuación de Niveles de Independencia Funcional		
7	Independencia completa (en tiempo y seguridad)	SIN AYUDA
6	Independencia con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	
5	DEPENDENCIA PARCIAL Con supervisión (con ayuda y/o estímulo verbal)	CON AYUDA
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o más de la tarea)	
3	Con asistencia moderada (realiza entre el 50% y el 74% de la tarea)	
2	DEPENDENCIA COMPLETA Con asistencia máxima (realiza del 25% al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	

Cuidado personal		PUNTAJE
1	Comida	
2	Aseo	
3	Bañarse	
4	Vestirse la parte superior	
5	Vestirse la parte inferior	
6	Ir al baño (toilet)	

Control esfintereano		PUNTAJE
7	Vejiga	
8	Intestino	

Movilidad		PUNTAJE
TRANSFERENCIA		
9	Cama, silla, silla de ruedas	
10	Toilet	
11	Ducha	
LOCOMOCIÓN		
12	Camina/silla de ruedas	
13	Escaleras	

Comunicación		PUNTAJE
14	Comprensión (audio-visual)	
15	Expresión (verbal - no verbal)	

Conexión social		PUNTAJE
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	

TOTAL FIM (sobre un total de 126 puntos)	
---	--

Conclusión y justificativo de dependencia _____

Firma y sello
Médico de Cabecera o Lic. en Terapia Ocupacional



NOTA NO ESCOLARIZADO

_____ de _____ 202__

Nombre y apellido: _____

Afiliado: _____ DNI: _____ Teléfono: _____

INFORMO QUE NO ME ENCUENTRO ESCOLARIZADO.

Firma

Aclaración

IMPORTANTE: en caso que el afiliado sea menor, deben firmar los padres. En caso que el afiliado sea mayor debe firmar el afiliado.



PRESUPUESTO PARA TRANSPORTE 2027

Si usted ha descargado el archivo, cuenta con la posibilidad de completar la información en su computadora e imprimirla.

Datos del afiliado - Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: _____ Fecha: _____
Nombre y apellido: _____
Afiliado N°: _____ DNI N°: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

Datos de la empresa de Transporte

Nombre y Apellido / Razón Social: _____
CUIT: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
E-mail: _____ Teléfono: _____
Habilitación emitida por: _____ Fecha de Vto.: _____
Compañía de Seguro: _____

Recorrido

El Beneficiario se traslada a la Prestación _____

VIAJE DE IDA

Desde calle: _____ N°: _____ Localidad: _____
Hasta calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						

VIAJE DE VUELTA

Desde calle: _____ N°: _____ Localidad: _____
Hasta calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horarios						

PRECIO POR KM \$

Km diarios		Km semanales		Km Mensuales	
\$ diarios		\$ semanales		\$ Mensuales	

Dependencia 35% \$ _____ Precio Total Mensual del Presupuesto \$ _____
Período: Desde _____ Hasta: _____ Año: _____

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE / TUTOR

Firma original

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL TRANSPORTE PARA REHABILITACIÓN 2027

****Completar con lapicera azul todo completo****

Prestador: _____ N°: _____

Domicilio: _____

E-mail: _____ Tel. (): _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI N°: _____ Afiliado N°: _____

Prestación: _____

Período (mes y año): _____

Fecha dd/mm/aa	Horario	Cantidad de Sesiones	Firma del Profesional	Firma del Familiar o Responsable

Aclaración para el afiliado: las planillas deben firmarse el último día del mes. Nunca deben firmarse las planillas en blanco, ni firmar días que no se prestó el servicio de transporte.

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE /TUTOR

TRANSPORTISTA

Firma del Responsable de la Institución

Firma

Firma

Aclaración

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI

DNI



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL TRANSPORTE PARA COLEGIO 2027

****Completar con lapicera azul todo completo****

Prestador: _____ N°: _____

Domicilio: _____

E-mail: _____ Tel. (): _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI N°: _____ Afiliado N°: _____

Prestación transporte a: (indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o razón social de la Institución) _____

Período (mes y año): _____

IDA

Desde calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Hasta calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Km por viaje: _____ Cantidad de viajes mensuales: _____

VUELTA

Desde calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Hasta calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Km por viaje: _____ Cantidad de viajes mensuales: _____

Total de km por día: _____ Cantidad de días/mes: _____

Total de km mensuales: _____

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

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

TRANSPORTISTA

Firma del Responsable de la Institución

Firma

Firma

Aclaración

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI

DNI



Obra Social de Choferes de Camiones San José 1775/81
(1136) CABA - Tel. (011) 4378-1000 - integracion@oschoca.org.ar
Personería Social Nro. 1-0580-4 - Resolución I.N.O.S. Nro. 683/80

de de

Motivo de la baja

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Firma

Aclaración

DNI

Firma y sello
del Médico Auditor