OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES

Secretaría de Acción Social

Colegio - C.E.T. - Centro de Día - Hogar

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. 6 del Formulario Prestaciones Discapacidad)
- 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 Monostributo.
•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.
•Habilitación consultorio/nota del dueño del consultorio con firma y sello.

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 a personas con curso de acompañante terapéutico.
•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.
•Habilitación municipal de consultorio.
•Matrícula.

Transporte

•Habilitación 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.

OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES

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

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA 2027

Apellido/s y nombre/s _____

DNI Nº _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Afiliado Nº _____

Diagnóstico _____

Antecedentes _____

Estado actual _____

Lugar y fecha _____ _____ de _____ de _____

Firma y sello
Médico Auditor

Firma y sello
Médico de Cabecera

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

PEDIDO MÉDICO DE COLEGIO

INSTITUCIONES (C.E.T – COLEGIOS – HOGAR – CD) Y TRANSPORTE

Apellido/s y nombre/s_____

DNI Nº_____ Afiliado Nº_____

Diagnóstico_____

Indicación Médica (indicar prestación que necesita el afiliado)

Dependencia: Sí ☐ No ☐

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Período: de _____ de 2027 a _____ de 2027.

Firma y sello
Médico de Cabecera

OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES

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

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) 2027

Paciente _____

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 2	Con asistencia moderada (realiza entre el 50% y el 74% de la tarea) 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 esfinfereano		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
Lic. en Terapia Ocupacional

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

OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES

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

PRESUPUESTO PARA PRESTACIONES INSTITUCIONALES 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 prestación

Prestación a brindar:_____
Tipo de jornada a realizar: Simple ☐ Doble ☐ Incluye almuerzo: **SÍ** ☐ **NO** ☐

Datos del prestador — Categoría A ☐ B ☐ C ☐

Nombre y apellido / Razón Social:_____
Domicilio real donde se brindará la prestación:_____
Teléfono:_____ CUIT:_____
E-Mail:_____

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Monto del Presupuesto $:_____
Dependencia 35% $:_____
Monto Total $:_____
Período: desde _____ hasta _____ año_____

PROFESIONAL

_____
Firma original

_____
Aclaración

_____
Sello

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE/TUTOR

_____
Firma original

_____
Aclaración

_____
Vínculo / DNI

OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES

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

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL INSTITUCIONES 2027

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

Prestador:_____ N°:_____

Domicilio:_____

E-mail:_____ Tel. ( ):_____

Apellido y nombre del beneficiario:_____

_____

DNI Nº:_____ Afiliado Nº:_____

Prestación:_____

Turno (mañana/tarde/doble):_____

Período (mes y año):_____

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

- Se marca con una P (presente) las asistencias
- Se marca con una A (ausente) las inasistencias
- S (sábado) / D (domingo) / F (feriados) / J (jornadas)

Y toda aclaración que considere pertinente_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PRESTADOR	BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE
Firma original del Responsable de la Institución	Firma original
Aclaración	Aclaración
Sello de la Institución	Vínculo / DNI

OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES

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

BAJA Y ALTA DE PRESTADOR

_____de_____de_____

Quien suscribe Sr./Sra._____
familiar de_____
Afiliado Nº_____

Informo a través de la misma, la BAJA DEL PRESTADOR_____
_____
con especialidad en_____
y solicito el ALTA DEL PRESTADOR_____
_____
con especialidad en_____

Motivo de la baja_____

Firma del titular	Aclaración	DNI	Firma y sello del Médico Auditor