



Transporte: Transporte especial

- La cobertura será entre **el domicilio del afiliado/a y el centro más cercano al mismo** que estuviere en condiciones de prestar el servicio, previa auditoría.
- William Hope brinda dicha cobertura a todos aquellos afiliados/as que por su patología no pueden hacer uso del transporte público.
- Se reconocerá dependencia únicamente cuando el beneficiario/a sea mayor de 6 años y requiera asistencia completa o supervisión constante, acreditada por la tabla FIM.
- La documentación debe ser enviada VIA E-MAIL. NO se recibe instructivo en papel físico. **Sólo digital.**

La cantidad de kilómetros totales presupuestados y facturados deberán ser en números "redondos". Ejemplo: NO presupuestar ni facturar 150,50 km por mes. Sí: 151 km por mes.

DOCUMENTACIÓN A COMPLETAR

- **Formulario "Medida de Independencia Funcional" (FIM).** En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar este formulario (FIM), confeccionado por médico/a tratante y/o lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.
- **Presupuesto y consentimiento informado de transporte.** Confeccionado, firmado y sellado por el prestador/a que realiza el traslado, junto con la firma de la persona con discapacidad o adulto/a responsable. (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).
- **Hoja de ruta impresa de acuerdo con "Google Maps"** <https://www.google.com.ar/maps>.
- **Constancia de inscripción en AFIP.**
- **Constancia de Ingresos Brutos.** En caso de ser exento, presentar constancia.
- **Formulario Planilla CBU** (COMPLETAR MODELO ADJUNTO).
- **Habilitación municipal de la empresa de transporte.** (Copia Vigente).
- **Póliza de seguro del vehículo** (Copia Vigente).
- **Verificación Técnica Vehicular** (Copia Vigente).
- **Licencia de conducir** (Copia Vigente).
- **Copia DNI.**

FORMULARIO PLANILLA CBU

A-Fecha: ____ / ____ / ____

B-Datos del proveedor/a (apellido y nombre o razón social): _____

Teléfono: _____

E-Mail: _____

C-Datos de la Cuenta Bancaria:

CUIT: - -

C.B.U.:

TITULARES (Como constan en el extracto bancario): _____

D.Aceptación (leer en plural en caso que corresponda):

Por la presente informo que a partir de la fecha acepto operar con el sistema de transferencias electrónicas, como medio de pago realizadas por la Obra Social, solicitando que dichos pagos se acrediten en la cuenta declarada por mí en este formulario.

Asimismo manifiesto que, teniendo en cuenta la presente aceptación, todos los montos transferidos por William Hope a la cuenta declarada por mí, los consideraré en concepto de pagos con los efectos cancelatorios que los mismos implican y que he otorgado recibo por dicha circunstancia.

Firma titular: _____ Aclaración: _____ Tipo y Nro de documento: _____

E.CONSULTAS: Comunicarse al Tel. (011) 4815-0747 Tesorería (int.1014/1012/1013/1015)

F.USO EXCLUSIVO WILLIAM HOPE/OSRM:

Número de Prestador/a: -

Nro asignado por DATANET:

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____

Fecha de alta Datamet: ____ / ____ / ____

Fecha de alta Sistema: ____ / ____ / ____

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

Edad: _____ DNI: _____

ACTIVIDAD	PUNTAJE
Autocuidado	
01_Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
02_Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
03_Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
04_Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
05_Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluyendo ponerse zapatos, abrocharse, así como colocar ortesis o prótesis)	
06_Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
Control de esfínteres	
07_Controlar intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
08_Controlar vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	
Movilidad - transferencia	
09_Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla o cama y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie).	
10_Transferencia a toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11_Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
Locomoción	
12_Marcha / silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla o rueda si no puede caminar)	
13_Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
Comunicación	
14_Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)	
15_Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conexión	
16_Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales. Respetar límites.)	
17_Resolución de Problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18_Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
Puntaje FIM total: _____	

Puntaje _____

Independiente _____

7_Independiente total

6_Independiente con adaptaciones dependiente

5_Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)

4_Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)

3_Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)

2_Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)

1_Requiere asistencia total (sujeto aporta menos del 25%)

Todos los ítems se deben calificar.

Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita dos ayudantes, se califica con un 1.

Profesional evaluador (sello y firma): _____ Fecha : ____ / ____ / ____

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE

(Completar todos los campos)

Fecha de Emisión: ____ / ____ / ____

Beneficiario/a: _____

DNI: _____

Razón social del prestador/a: _____

CUIT: - -

Mail de contacto: _____

Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____

Póliza N°: _____

Período: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida (Dirección y Localidad)	Domicilio de destino (Dirección y Localidad)	Prestación a la que asiste (Escuela especial, Kinesio, etc.)	Km por viaje (ida y vuelta)	Km mensuales sin decimales	Importe diario (ida y vuelta)	Importe mensual
01							
02							
03							
04							
05							
06							

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
01						
02						
03						
04						
05						
06						

Total km mensuales sin decimales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí No

Valor del km: _____

Monto mensual: _____

Firma y aclaración del transportista: _____

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

Número de Afiliado/a: _____

Yo _____ con Documento Tipo (_____) N° _____

_____, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:

Desde ___ / ___ / ___ Hasta ___ / ___ / ___

Firma: _____

Aclaración: _____

Si el/la firmante no es la persona con discapacidad, por favor aclararlo en el siguiente párrafo:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de _____

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor/a y autorizo el diagrama de traslados.

Firma: _____ Aclaración: _____ Documento: _____