

### **SOLICITUD DE TRANSPORTE**

El titular de derecho de la Pensión No Contributiva debe encontrarse **afiliado al Programa** (figurar en Padrón). Las solicitudes serán evaluadas, la presentación del expediente no es indicativo de que será autorizado, por lo tanto, deberá esperarse la confirmación afirmativa para comenzar a prestar el servicio.

**Documentación del titular**, presentar en las oficinas (No enviar por mail).

- **Fotocopia del Documento de Identidad, solo del titular.**
- **Fotocopia del Certificado de Discapacidad vigente.**
- **Negativa de ANSES.**
- **Formulario que se entrega en las oficinas del programa firmado por Titular/Responsable/Apoderado y Transportista. Completo y legible.**

• **Justificación médica** completa que certifique y de cuenta los motivos por los cuales la persona con discapacidad no puede hacer uso del traslado gratuito en transportes colectivos.

Si el CUD aclara que puede ir con acompañante especificar el motivo por el cual, el mencionado, está imposibilitado en asistir al paciente. **FIRMADO Y SELLADO POR HOSPITAL PUBLICO**

• **Fotocopia de la Orden de Pago Provisional**, con datos del titular (en caso de estar gestionando Sistema de Apoyo y Salvaguarda o Curatela, deberá presentar el R.U.B., el mismo tiene durabilidad de 3 meses y se gestiona en la Comisión Nacional de Pensiones calle Chacabuco 329).

• **En caso de solicitar Dependencia: PLANILLA FIM** confeccionada por un Fisiatra, un Terapeuta Ocupacional o 3 (tres) profesionales tratantes afines al diagnóstico de diferente especialidad.

### **SEGÚN TIPO DE TRASLADO A SOLICITAR:**

❖ **Escuelas Públicas:** Constancia de Escolaridad con sello institucional, firma y sello/aclaración del responsable institucional. **(anexar a lo entregado en la oficina)**

❖ **Rehabilitación hospitales públicos:** Formulario HC que se entrega en el programa, COMPLETO, con letra legible, sello institucional, firma y sello/aclaración de los profesionales intervinientes. **(anexar a lo entregado en la oficina)**

❖ **Instituciones con convenio:**

Constancia de Asistencia con sello institucional, firma y sello/aclaración del responsable institucional. Copia del Anexo 3 o 4 (COMPLETO), según sea el caso, al momento del envío del expediente por sistema e-gov.

CONSOLIDADO donde se puede visualizar los detalles de la autorización del paciente al centro. **(Anexar a lo entregado en la oficina)**

### **TRANSPORTISTA ENVIAR POR MAIL:**

- **Link del recorrido (Es obligatorio) No enviar pdf de captura del traslado.**
- Cronograma de Distribución actualizado, de acuerdo al vehículo que se presenta, en relación a todos los titulares del programa autorizados bajo su razón social y, nombre del chófer que realiza dicho traslado.

- **SOLICITUD DE TRASLADO: CAMBIO DE PRESTADOR DE TRANSPORTE:** Presentar formulario de cambio de transporte, adjuntar DNI y CUD de beneficiario, último recibo de cobro, Negativa de ANSES, **Link del recorrido (Es obligatorio) No enviar pdf de captura del traslado.**

- En caso de solicitar Dependencia: **PLANILLA FIM** confeccionada por un Fisiatra, un Terapista Ocupacional o 3 (tres) profesionales tratantes afines al diagnóstico de diferente especialidad.

- **SOLICITUD DE TRASLADO: POR CAMBIO DE DOMICILIO:** Presentar formulario de cambio de domicilio adjuntar, DECLARACION JURADA DE DOMICILIO DE LA POLICIA, DNI y CUD de beneficiario, último recibo de cobro, Negativa de ANSES,

- **Link del recorrido (Es obligatorio) No enviar pdf de captura del traslado.**

- **SOLICITUD DE TRASLADO: POR CAMBIO DE INSTITUCION:** Presentar formulario de cambio de institución. Adjuntar documentación de acuerdo al tipo de transporte:

- **Escuelas Públicas:** Constancia de Escolaridad con sello institucional, firma y sello/aclaración del responsable institucional. **(Anexar a lo entregado en la oficina)**
- **Rehabilitación hospitales públicos:** Formulario HC que se entrega en el programa, COMPLETO, con letra legible, sello institucional, firma y sello/aclaración de los profesionales intervinientes. **(Anexar a lo entregado en la oficina)**
- **Instituciones con convenio:** Constancia de Asistencia con sello institucional, firma y sello/aclaración del responsable institucional. Copia del Anexo 3 o 4 (las 4 páginas), según sea el caso, al momento del envío del expediente por sistema e-gov y CONSOLIDADO (NO el seguimiento de expediente) donde se puede visualizar los detalles de dicha autorización. **(Anexar a lo entregado en la oficina)**
- DNI, CUD de beneficiario y último recibo de cobro, Negativa de ANSES.
- **Link del recorrido (Es obligatorio) No enviar pdf de captura del traslado.**

- **SOLICITUD DE TRASLADO: CONTRATURNO:** Presentar formulario, adjuntar DNI y CUD de beneficiario, último recibo de cobro, Negativa de ANSES.

- **RENOVACION DE PRESTACION:** Cada mes de NOVIEMBRE del corriente año se informará como será dicha dinámica.

**Previo a presentar la documentación el transportista deberá consultar en las oficinas sobre como es el sistema de facturación y pagos.**

**CONDICIONES GENERALES:**

**TRANSPORTISTAS**

- Monto: Según resolución vigente. En caso de modificarse, oportunamente se informará sobre la adecuación.
- La autorización del traslado será confirmada por mail sin posibilidad de realizarse el traslado previa recepción del mismo.
- La presentación de la facturación será hasta el día 10 del mes siguiente al ser realizado el traslado.
- Escuela Pública: se tomarán cantidad de Días Hábiles del mes – Marzo desde el inicio de clases publicado oficialmente – Diciembre hasta el final de las clases publicado oficialmente – Enero y febrero no se tendrán en cuenta.
- Rehabilitación a Hospital Público: Se tomará por 4 semanas, de acuerdo a la frecuencia semanal.
- Instituciones con convenio: Prestaciones Educativas igual que escolar (excepto Centro de Día y Educativo Terapéutico que permanezcan abiertos en época de receso (enero-febrero) mediante presentación de constancia – Rehabilitación y Sesiones de Apoyo igual que traslado a Rehabilitación en Hospital Público (Se tomará por 4 semanas, de acuerdo a la frecuencia semanal)
- **No se permitirán instituciones que no sean públicas o sin convenio en INCLUIR SALUD – DNASS - ANDIS**
- Solo se tomarán recorrido expresados por google maps. **Máximo de KM mensuales 880.**

**Documentación del transporte:** Se envía solo una vez por mail y luego debe ir actualizándose solo aquello que vence o se modifica.

- **DNI del responsable**
- **Licencia de conductor profesional**
- **Habilitación Municipal y/o Provincial**
- **Cedula de identificación del automotor**
- **Título del automotor**
- **Verificación Técnica Vehicular**
- **Libreta Sanitaria (validez un año)**
- **Póliza de Seguros**
- **Certificado de Antecedentes Policiales (cada un año se renueva)**
- **Tarjeta de GNC (de corresponder)**

**Choferes:**

- DNI
- Carnet de conducir

**Aclaraciones Generales:**

• **Cómo obtener el link para compartir el mapa que deberá ser copiado en el formulario de solicitud**

1. Abre Google Maps en el ordenador.
2. Accede a las indicaciones, al mapa que quieras compartir.
3. En la parte superior izquierda, haz clic en Menú.
4. Selecciona Compartir o insertar el mapa. Si no aparece esta opción, haz clic en Obtener enlace a este mapa.

Marca la casilla situada junto a "URL corta" para crear un enlace de página web más corto.

5. Copia el enlace.

• **Cómo realizar el cronograma de distribución de traslados**

Si bien no hay un formato específico, se solicita que de acuerdo al auto que posee habilitado se presente un cronograma de cómo se distribuyen los titulares del programa. Ejemplo para el vehículo dominio "XXX 222" que está habilitado para trasladar 4 personas. A las 8 de la mañana se lleva pasajero 1, 2 y 3, a las 10 pasajero 5, 6 y así sucesivamente. En caso de gestionar un nuevo traslado presentará un nuevo cronograma donde se diga vehículo dominio "xxx 222" a las 8 de la mañana se lleva pasajero 1, 2, 3 y 4, a las 10 pasajero 5, 6 y así sucesivamente.