

SOLICITUD DE TRANSPORTE

..... de de

Sra. Delegada Rectoral

Dra. María Mercedes González

S _____ / _____ D:

El que suscribe _____

CUIL N° _____ agente de la Facultad/Instituto _____

Se dirige a Ud. y por su intermedio ante quién corresponda con el objeto de solicitar transporte por discapacidad diagnostico _____

para el titular/familiar _____

CUIL N° _____ Motivo por el cual impide la utilización del transporte público de pasajeros con acompañantes.

Firma del afiliado Titular

--

Aclaración: _____

Presupuesto de transporte por Destino – Discapacidad

Lugar de emisión _____ Fecha _____

Datos del Afiliado Titular

Nombre y Apellido: _____

D.N.I.: _____ Tipo de afiliado: Titular _____ Familiar a cargo _____

Datos del Afiliado Transportado

Nombre y Apellido: _____

D.N.I.: _____ Edad _____

Datos de la empresa de transporte

Nombre y Apellido / Razón Social _____

Domicilio _____ Teléfono _____

E-mail _____ N° CUIT _____

Habilitación emitida por: _____ Compañía de Seguros _____

Condición Frente al IVA _____

Recorrido: Para cada recorrido deberá indicar kilometraje mínimo según Google (www.maps.google.com.ar), acompañado de su respectivo mapa.

IDA: El beneficiario se traslada a la prestación _____

Desde la calle _____ N° _____ Hasta la calle _____ N° _____

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Periodo desde _____ hasta _____ Año _____

Km. diarios _____ Km. semanales _____ Km. mensuales _____ Precio por Km. _____

VUELTA: El beneficiario se traslada a la prestación _____

Desde la calle _____ N° _____ Hasta la calle _____ N° _____

Días / Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Periodo desde _____ hasta _____ Año _____

Km. diarios _____ Km. semanales _____ Km. mensuales _____ Precio por Km. _____

Precio total mensual del presupuesto (sumatoria de los precios de los distintos traslados) \$ _____

Firma - Aclaración del responsable de la Empresa transportista o prestador

Prestación por TRANSPORTE

Deberá presentarse:

- Justificación médica que incluya la descripción de los motivos que impiden la utilización del transporte público de pasajeros con acompañante.
- Copia de Habilitación municipal y Póliza de seguro VIGENTE de la empresa que efectuará los traslados.
- Registro de conductor VIGENTE.
- EN CASO DE CORRESPONDER LA COBERTURA, los únicos traslados que serán autorizados son aquellos que se efectúen entre la institución educativa o de rehabilitación y el domicilio del afiliado (no se autorizarán traslados a consultas médicas o a realización de estudios diagnósticos) ni traslado exclusivo de familiares.
- Presupuesto:

Se debe presentar un presupuesto por cada destino y deberá contar con TODOS los datos que se solicitan (formulario - Presupuesto de transporte por Destino – Discapacidad)

- Mapa del MENOR RECORRIDO según Google maps donde se constate cantidad de km entre domicilio del afiliado y destino. www.maps.google.com.ar

- Se reconocerá DEPENDENCIA únicamente cuando el beneficiario sea mayor de edad y requiera ASISTENCIA COMPLETA O SUPERVISIÓN CONSTANTE acreditada por FIM.

Se adjunta:

- Certificado Único de Discapacidad (CUD).
- Presupuesto de transporte
- Constancia de AFIP
- Habilitación de la empresa (Municipal)
- En caso de ser remis. Seguro: de pasajeros y de remises
- Póliza
- Carnet de conducir – Habilitación Municipal de conducir