



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

**Secretaría de Acción Social
Colegio - C.E.T. -
Centro de Día - Hogar
2026**

**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 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 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.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

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 COLEGIO

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

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Indicación Médica (indicar todas las prestaciones que necesita el afiliado durante todo el año y la cantidad de sesiones por semana de cada terapia)

Dependencia: Sí No

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Período: de _____ de 2026 a _____ de 2026.

Firma y sello
Médico de Cabecera



MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

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 | 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) | | PUNTAJE |
|--|--|---------|
| | | |

Conclusión y justificativo de dependencia _____

Firma y sello
Lic. en Terapia Ocupacional



CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 2026 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



PRESUPUESTO PARA PRESTACIONES INSTITUCIONALES

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 brindara 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

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE/TUTOR

Firma original

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello

Vínculo / DNI

