**FORMULARIO SOLICITUD**

Certificación de Elementos Opcionales Constitutivos del Equipo Especial para Vehículos para Personas con Discapacidad Ley 20.422

1. INTERESADO(A)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres:………………………………………. | Apellidos:………………….…………………………… |
| Run:……………………………………………….  | Fecha de nacimiento:……………………………. |
| Edad:……………………………………………..  | Teléfono: ………………………………………………. |
| Correo electrónico: …………………………………………………………………………………………… |
| Domicilio: ………………………………………………………………………………………………………….. |

1. REPRESENTANTE LEGAL O CONTRACTUAL (solo si corresponde y debe adjuntar documento de representación)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres:………………………………………. | Apellidos:………………….…………………………… |
| Run:……………………………………………….  | Teléfono: ………………………………………………. |
| Correo electrónico: …………………………………………………………………………………………..  |

1. **Uso exclusivo del médico/a[[1]](#footnote-1).** El vehículo que importará el/la solicitante requiere elementos o adaptaciones especiales (marcar con una X su elección)

|  |  |
| --- | --- |
|  Sí [ ]   | No [ ]  |

1. Antecedentes médicos (todos los ítems son de llenado obligatorio)

|  |
| --- |
| Diagnósticos/s:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Estado funcional actual asociado al requerimiento de adaptaciones[[2]](#footnote-2):….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Detallar todos los equipos especiales que debe traer el vehículo específico para la persona con discapacidad, a saber:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cambio automático |  | Ayuda para sujeción de volante (pomo, hornillas, poste mono o trípode, otro)  |  |
| Dirección hidráulica o servoasistida |  | Acelerador al volante (clásica, al piso, de aro, puño de moto, otro)  |  |
| Central comando infrarrojo |  | Asientos giratorios a 90° rebatibles hacía el exterior |  |
| Embrague hidráulico |  | Asientos electrónicos de uso múltiple regulables por botonera |  |
| Modificación de pedales (cubre pedal, extensión de pedales, cambio de lateralidad, otro) |  | Elevadores de silla de ruedas al techo |  |
| Modificación de dirección (para reducción de esfuerzo) |  | Rampas o plataformas elevadoras (grúas) |  |
| Inversión de la palanca de cambios a la izquierda |  | Escalones en el vehículo |  |
| Control manual clásico |  | Rebajes de piso del vehículo |  |
| Controles manuales al piso |  | Plataformas para traslado de vehículos electrónicos personales |  |
| Palanca de freno |  | Tablas de transferencia |  |
| Controles secundarios (extensión de llave, extensión de comandos, otros) |  | Otro (fundamente):  |  |

Este documento debe ser firmado y timbrado por el/la médico que lo completa, señalando claramente el nombre del profesional.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………. | ……………………………………………… |
|  Firma solicitante |  Nombre del/la Médico  Firma y timbre del/la Médico |
|  | Fecha de solicitud:……………….. |

1. La definición si requiere o no adaptaciones y cuales, debe ser consensuada entre el/la médico o equipo tratante y la persona con discapacidad según estado funcional actual, sea para ser trasladado o para conducir. [↑](#footnote-ref-1)
2. Las dificultades actuales que presenta la persona con discapacidad deben ser coherentes con las adaptaciones que se están solicitando. [↑](#footnote-ref-2)