

BENEFICIARIOS

El beneficio contempla a personas que posean enfermedades crónicas o de largo tratamiento, que requieran para su atención trasladarse dentro del territorio provincial, posean escasos recursos económicos y no cuenten con cobertura médica que brinde traslado hacia los hospitales provinciales.

El programa bonifica el 100% del valor de los viajes para este tipo de traslados.

ACOMPAÑANTES

El médico autorizante validará si debe viajar con acompañante. Pueden declararse hasta tres (3) acompañantes alternativos mayores de 18 años, pero solo podrá acompañarlo uno por viaje.

En el caso de los menores, el acompañante siempre deberá ser un mayor de edad (18 años o más), siendo madre, padre o tutor legal, y tendrá que presentar la documentación correspondiente que así lo acredite.

TRÁMITE

El beneficio se tramitará cuando el interesado lo requiera, luego de inscribirse en la plataforma Ciudadano Digital o concurrir a la oficina de Inclusión Social de la Secretaría de Transporte con:

1. Certificado Médico Completo
2. Informe Socio-económico
3. DNI tarjeta

Para poder tramitar el beneficio se deberá contar con CIDI Nivel 2, para realizar la petición inicial y solicitarlo mediante el Formulario Único de Postulantes <https://formularioinscripcion.cba.gov.ar>

Se podrá solicitar una sola empresa con un solo trayecto y se otorgarán dos (2) pasajes diarios por beneficiario y dos (2) pasajes diarios por acompañante como máximo.

Si se pretendiera más pasajes, cambio de empresa o agregar recorrido se verificará dicha petición mediante excepción.

PLAZOS

El beneficio tendrá validez desde el inicio hasta la fecha que explícitamente indique el Certificado Médico, siendo el plazo máximo de seis (6) meses.

EXCEPCIONES

En caso de excepciones deberá enviar un correo electrónico a InclusionSocial@cba.gov.ar, debiendo especificar el tipo de excepción que necesita y adjuntando la documentación correspondiente. Una vez recibida la solicitud, la Secretaría de Transporte analizará la misma y posteriormente informará al solicitante si fue aprobada o rechazada.

EXTRAVÍO, ROBO O ROTURA

En caso de extravío, robo o rotura de su tarjeta deberán solicitar un turno en <https://turnero.cba.gov.ar/turnos> y dirigirse en el día y la hora seleccionada con la correspondiente denuncia de robo o exposición de extravío.

La reposición de la tarjeta se realizará únicamente en Secretaría de Transporte.

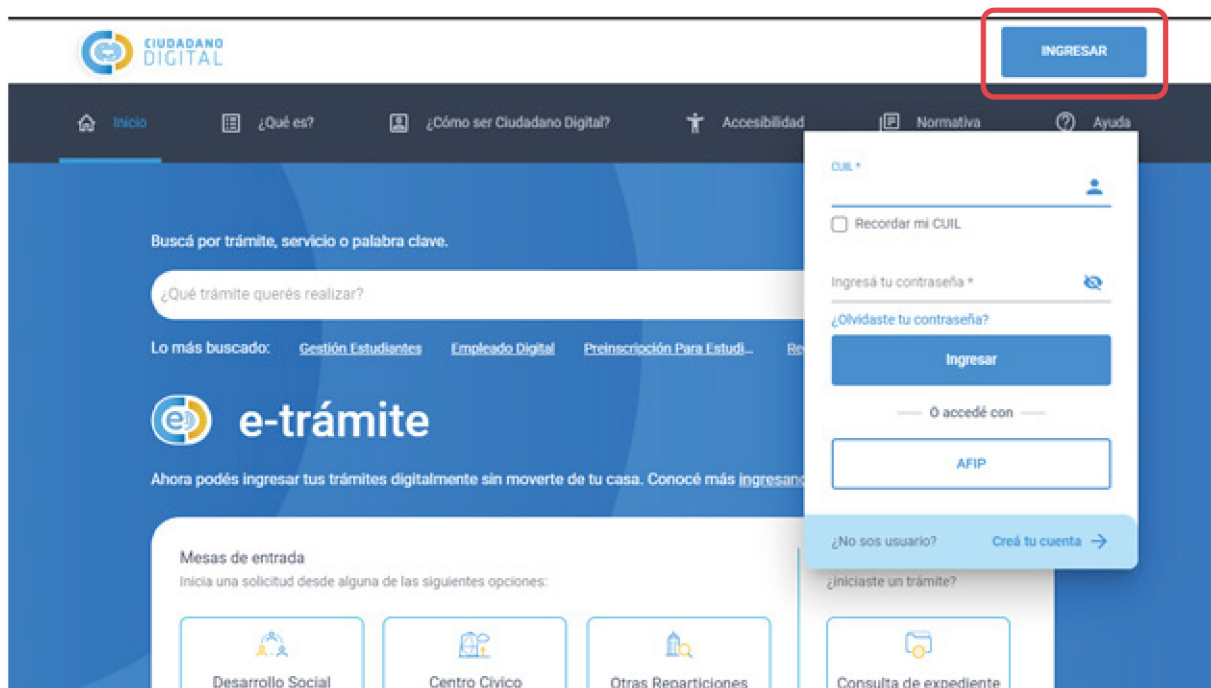
USO INDEBIDO

La utilización del beneficio otorgado es de carácter personal e intransferible, quedando terminantemente prohibido el uso de una persona distinta a su titular, comercialización del boleto, falsificación y/o utilización de datos falsos.

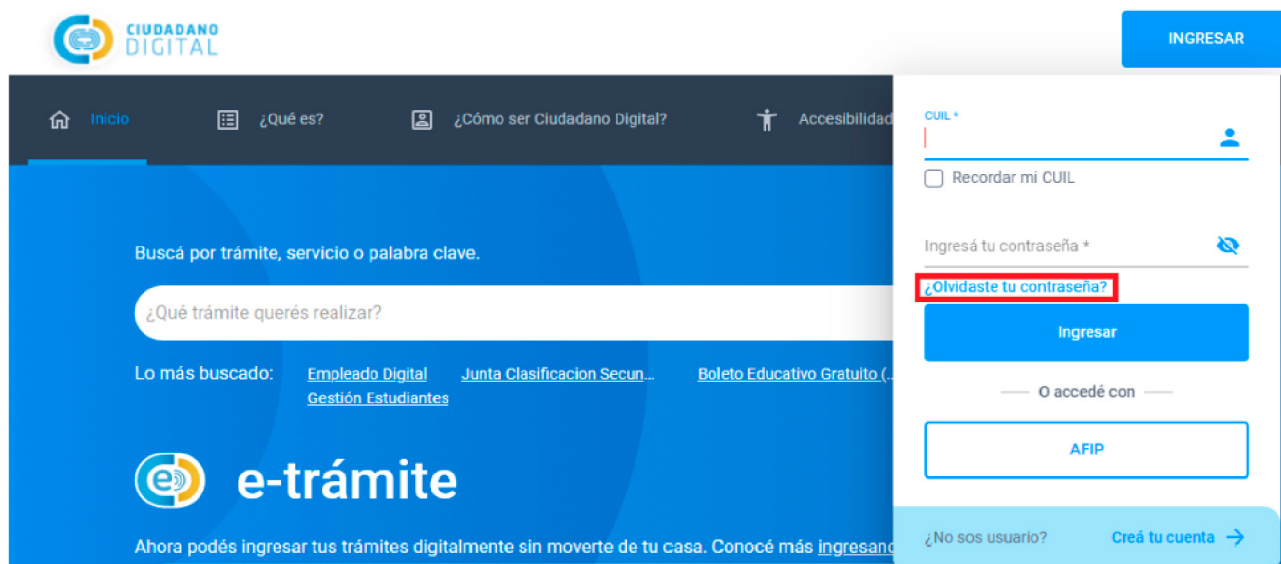
En caso de verificarse alguno de estos supuestos se procederá al retiro del pase otorgado.

1. ACCESO

Para acceder al formulario ingresá a: <https://cidi.cba.gov.ar/portal-publico/>
Hacé clic en “Ingresar” y completar con cuil y contraseña. En caso de no estar registrado, deberás hacer clic en “Creá tu cuenta” y seguir los pasos para el registro.

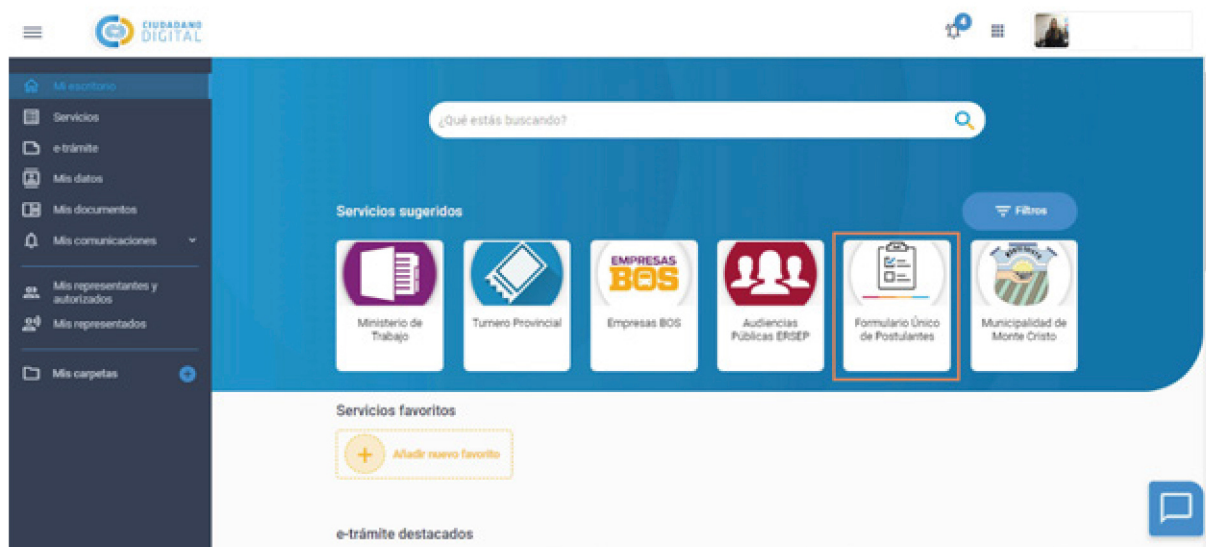


En caso de no recordar la contraseña ingresar a ¿Olvidaste tu contraseña?



Buscá el acceso al **Formulario Único de Postulantes (FUP)**.

Podés hacerlo mediante tres opciones diferentes: desde acceso directo en “Servicios sugeridos”, en opción lupa escribir “Formulario Único de Postulantes” o en la sección “Servicios” buscarlo en el listado a través del buscador.



Libre Por Enfermedad · Pase Libre
Libre Por Enfermedad · Pase Libre Por Enfermedad · Pase Libre
Libre Por Enfermedad · Pase Libre Por Enfermedad

Al ingresar podés ver un acceso a los “Programas” y otro a “Mis postulaciones”.



2. SELECCIONAR PROGRAMA

Tené en cuenta que aquí se pueden encontrar otros formularios además de la solicitud del “Pase Libre para personas con Discapacidad”, por lo que se recomienda prestar atención y buscar el correcto.

Buscá el formulario llamado “Pase por Enfermedad Crónica y/o Permanente. Seleccioná “Postulación”.



Pase Libre Por Enfermedad - Por E-
Por Enfermedad - Pase Libre Por Enfermedad - Pase Libre
-a - Pase Libre Por Enfermedad

Allí se informa la normativa correspondiente y se advierte que **lo informado tiene carácter de declaración jurada**. Si estás de acuerdo, confirmá y se inicia la inscripción.

FUP Formulario Único de Postulantes

CÓRDOBA

Postulación - PASE POR ENFERMEDAD CRONICA Y/O PERMANENTE

La información contenida en esta solicitud tiene carácter de **Declaración Jurada**: si los datos son incorrectos o falsos, pierde la posibilidad de acceder a los beneficios del programa, y puede ser penado según lo establecido en los arts. 172 y 174 del Código Penal.

- Art. Nro. 172: Será reprimido con prisión de un mes a seis años, el que defraudara otro con nombre supuesto, calidad simulada, falsos títulos, influencia mentida, abuso de confianza o aparentando bienes, crédito, comisión, empresa o negación, valiéndose de cualquier otro ardido o engaño.
- Art. Nro. 174: Sufrirá prisión de dos a seis años... Inc 5a- El que cometiere fraude en perjuicio de alguna administración pública.

IMPORTANTE: toda la información que consigne, agregue o modifique será considerada para todos los programas de gobierno.

Cancelar Confirmar

Eventos por página: 20 1 - 1 de 1

3. PASOS INSCRIPCIÓN

GRUPO CONVIVIENTE

En el siguiente paso, se define la conformación del Grupo Conviviente [GC], donde se indican las personas que viven en el mismo domicilio. En esta instancia se pueden presentar dos situaciones:

1. Que el **GC** no esté conformado, por lo que el sistema no muestra información alguna y por la que se debe ir agregando de a una por vez las personas que lo integran a través del botón **“Agregar”**.
2. Que el **GC** esté conformado, por lo que el sistema muestra las personas registradas en dicho **GC**. En caso de no corresponder, debe actualizarlo agregando o eliminando la/s persona/s, según sea necesario.

PASE LIBRE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD - Formulario de Postulación

GRUPO CONVIVIENTE

* Los cambios en el grupo conviviente impactarán cuando presione el botón siguiente. Última modificación: 04/03/2022, - 13:07 Hs.

Agregar

Apellido y Nombre	Documento	Nacimiento	Acciones
DÍAZ, YANA MERCEDES	26782043	7/8/1978	
BERNARDEZ, LOURDES AZUL	47328918	14/9/2007	+
BERNARDEZ, MAURO DANIEL	48481827	19/9/2005	+
BERNARDEZ, MATTEO DANIEL	88164706	23/4/2020	+

DOMICILIO DEL GRUPO CONVIVIENTE

Domicilio	Barrio	Ciudad	Provincia
REYNOSO ALONSO DE 2809	JOSE IGNACIO DIAZ PRIMERA	CÓRDOBA	CÓRDOBA

Verificar el Estado

Pase Libre Por Enfermedad - Pase Libre
Pase Libre Por Enfermedad - Por E-
Pase Libre Por Enfermedad

AGREGAR PERSONA

Seleccionar “Agregar”.

PASE LIBRE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD - Formulario de Postulación

GRUPO CONVIVIENTE Agregar

Tipo Documento * Documento * Sexo: MASCULINO Agregar

* Los cambios en el grupo conviviente impactarán cuando presione el botón siguiente. Última modificación: 04/03/2022, - 13:07 Hs.

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento	Acciones
SILVA, MARIA MERCEDES	26799043	7/8/1976	
BERRAZUEZ, LOURDES ADIL	47708918	14/8/2007	○
BERRAZUEZ, MAURO DANIEL	46481827	19/8/2008	○
BERRAZUEZ, MATTHEO DANIEL	86164756	23/4/2020	○

DOMICILIO DEL GRUPO CONVIVIENTE

Domicilio: BERRAZUEZ ALONSO DE 2909 Calle: JOSE IGNACIO DIAZ PRIMERA Localidad: CORDOBA Provincia: CORDOBA

Volver al Inicio Guardar

Ingresar “**Tipo de Documento**” y el número correspondiente. Por último seleccionar “**Añadir**” y en caso de ser correctos los datos de la persona, seleccionar “**Guardar**”.

PASE LIBRE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD - Formulario de Postulación

GRUPO CONVIVIENTE Agregar

Tipo Documento * Documento * Sexo: MASCULINO Agregar

* Los cambios en el grupo conviviente impactarán cuando presione el botón siguiente. Última modificación: 04/03/2022, - 13:07 Hs.

Datos Personales

Apellido: BERRAZUEZ País: ARGENTINA Tipo de Documento: DNI Número de Documento: 33201872

Nombre: SANCIA DALETTO Nombre: MICHELLE MARJALIA

Fecha de Nacimiento: 2/11/1994 CUI: 27330118723 Nacionalidad: ARGENTINA

La persona ingresada pertenece a otro Grupo Conviviente, si continúa estará afiliándose a su grupo y la misma será dada de baja del Grupo Conviviente al que pertenece actualmente.

¿Desea continuar?

Cancelar Guardar

DOMICILIO DEL GRUPO CONVIVIENTE

Domicilio: BERRAZUEZ ALONSO DE 2909 Calle: JOSE IGNACIO DIAZ PRIMERA Localidad: CORDOBA Provincia: CORDOBA

Volver al Inicio Guardar

QUITAR PERSONA

También es posible eliminar integrantes del grupo conviviente. Para ello, **seleccionar la (x)** que corresponda al integrante que desea quitar de su grupo conviviente.

PASE LIBRE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD - Formulario de Postulación

GRUPO CONVIVIENTE Agregar

Tipo Documento * Documento * Sexo: MASCULINO Agregar

* Los cambios en el grupo conviviente impactarán cuando presione el botón siguiente. Última modificación: 04/03/2022, - 13:07 Hs.

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento	Acciones
SILVA, MARIA MERCEDES	26799043	7/8/1976	
BERRAZUEZ, LOURDES ADIL	47708918	14/8/2007	○
BERRAZUEZ, MAURO DANIEL	46481827	19/8/2008	○
BERRAZUEZ, MATTHEO DANIEL	86164756	23/4/2020	○

DOMICILIO DEL GRUPO CONVIVIENTE

Domicilio: BERRAZUEZ ALONSO DE 2909 Calle: JOSE IGNACIO DIAZ PRIMERA Localidad: CORDOBA Provincia: CORDOBA

Volver al Inicio Guardar

EDITAR DOMICILIO

Si la información del domicilio y el grupo conviviente no está registrada o necesita ser actualizada, podés editarla al seleccionar el ícono y completar con la información que se solicita.

The screenshot shows the 'GRUPO CONVIVIENTE' form. At the top, there are fields for 'Tipo Documento' and 'Documento', and radio buttons for 'MASCULINO' and 'FEMENINO'. Below this is a table of family members:

Apellido y Nombre	Documento	Nacimiento	Acciones
LEIVA, BERROCAL ROCIO LUDMILA		17/6/2002	✖
LEIVA, BERROCAL MARIA LOURDES		26/11/1994	✖
LEIVA, MARCOS SAUL		13/10/2000	✖
LEIVA, BERROCAL MARIA JOSE		26/2/1996	✖
LEIVA, BERROCAL AMALIA LOURDES		14/2/1993	✖

Below the table is the 'DOMICILIO DEL GRUPO CONVIVIENTE' section with fields for 'Domicilio', 'Barrio', 'Localidad', and 'Provincia'. An edit icon is visible in the top right of this section.

Los campos con asterisco [*] son obligatorios. Seleccionar **“Confirmar”**.

The screenshot shows the 'Domicilio' form with the following fields:

- Departamento* CAPITAL
- Localidad* CORDOBA
- Barrio
- Tipo Calle* AVENIDA
- Calle* 1
- Número
- Piso
- Departamento
- Marcana
- Lote/Casa
- Código Postal* 5000

At the bottom right, there are 'Cancelar' and 'Confirmar' buttons, with 'Confirmar' highlighted by a red box.

La confirmación del domicilio es un paso obligatorio para pasar a realizar el procedimiento de preinscripción. Al hacerlo se habilita la opción “Siguiente”.

The screenshot shows a dialog box titled 'Confirmar Grupo Conviviente' with a warning icon. The text inside reads: 'Usted está por confirmar su grupo conviviente. ¿Está seguro que desea continuar?' At the bottom, there are 'Cancelar' and 'Confirmar' buttons, with 'Confirmar' highlighted by a red box.

POSTULANTES

A continuación se visualizarán los integrantes del grupo conviviente. Seleccionar aquellos integrantes que deseás postular.

<input type="checkbox"/>	Postulante
<input type="checkbox"/>	LEIVA, BERROCAL ROCIO LUOMILA
<input checked="" type="checkbox"/>	LEIVA BERROCAL, MARIA LOURDES
<input type="checkbox"/>	LEIVA, MARCOS SAUL
<input checked="" type="checkbox"/>	LEIVA BERROCAL, MARIA JOSE
<input checked="" type="checkbox"/>	LEIVA BERROCAL, AMALIA LOURDES

Una vez seleccionados los integrantes, comenzarás a ingresar el teléfono y teléfono alternativo.

1 - TELEFONO
Tu línea telefónica

VALIDAR

2 - TELEFONO ALTERNATIVO
Tu línea telefónica alternativa

VALIDAR

Debés seleccionar **“el período de validez del certificado médico”**, seleccioná según corresponda.

SALUD

1 - PERÍODO DE VALIDEZ DEL CERTIFICADO MÉDICO *

MENSUAL
 TRIMESTRAL
 SEMESTRAL

Luego, completá en caso que corresponda, **“Apellidos y Nombres de los acompañantes”** y agregá **“Cuil de cada uno de ellos”**.

ACOMPANANTES ALTERNATIVOS

1 - APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N° 1

APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N° 1

2 - CUIL ACOMPAÑANTE N°1

CUIL ACOMPAÑANTE N°1 0/11

3 - APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°2

APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°2

4 - CUIL ACOMPAÑANTE N°2

CUIL ACOMPAÑANTE N°2 0/11

5 - APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°3

APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°3

6 - CUIL ACOMPAÑANTE N°3

CUIL ACOMPAÑANTE N°3 0/11

Luego, seleccioná el servicio solicitado, **“Diferencial o Interurbano”**, **“Empresa, elegí la correspondiente”** **“Origen y Destino”**.

SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO

1 - SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO *

Seleccione Tipo de servicio Empresa Origen / Destino correspondiente:

SERVICIO DE TRANSPORTE INTERURBANO

INTERURBANO

EMPRESA

CARBUS S.R.L.

ORIGEN

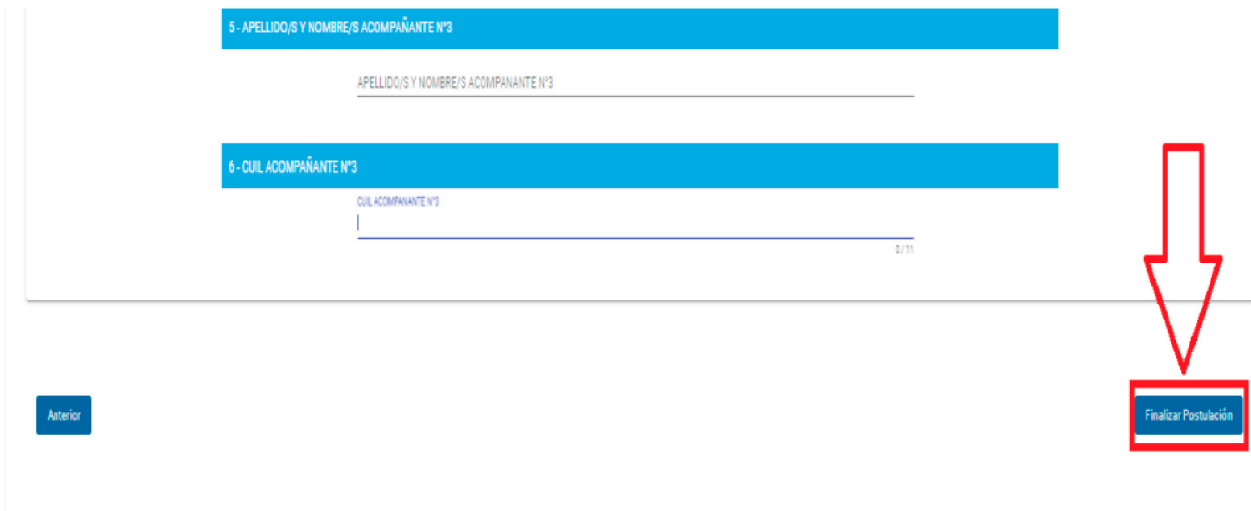
LA CARLOTA

DESTINO

RIO CUARTO

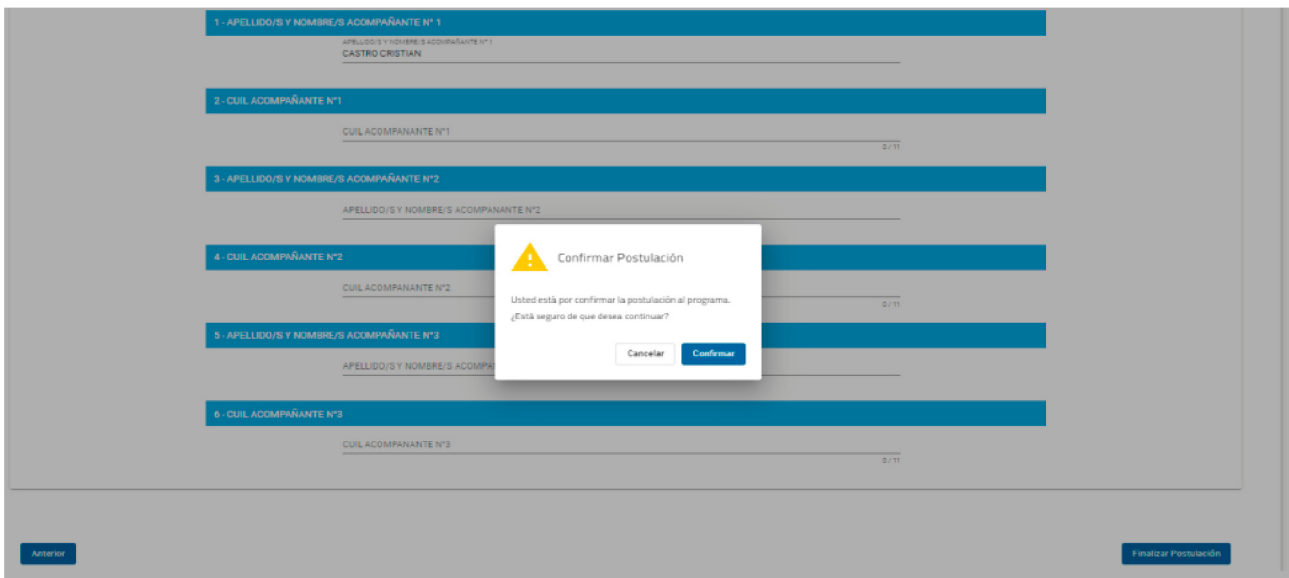
Pase Libre Por Enfermedad · Por F...
 Pase Libre Por Enfermedad · Por F...
 Pase Libre Por Enfermedad · Pase Libre

Luego, hacé clic en **“Finalizar Postulación”**, para terminar con la postulación.



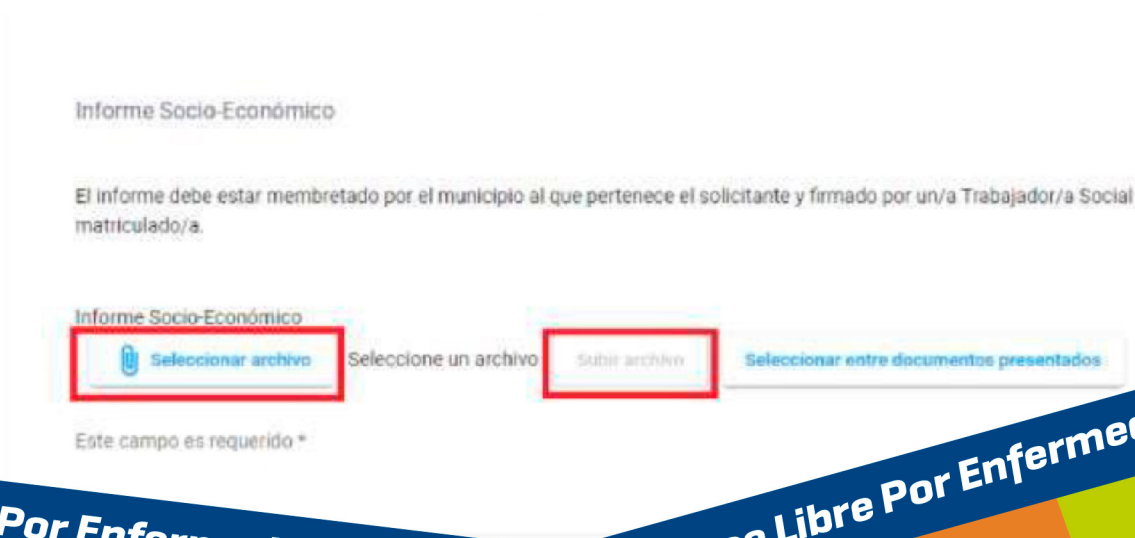
The screenshot shows a registration form with two input fields. The first field is labeled '5 - APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°3' and contains the text 'APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°3'. The second field is labeled '6 - CUIL ACOMPAÑANTE N°3' and contains the text 'CUIL ACOMPAÑANTE N°3'. A red arrow points down to a button labeled 'Finalizar Postulación' which is highlighted with a red box. There is also an 'Anterior' button on the left.

Luego se procederá a confirmar la inscripción.



The screenshot shows a registration form with six input fields. A confirmation dialog box is overlaid on the form, asking '¿Está seguro de que desea continuar?' with 'Cancelar' and 'Confirmar' buttons. The dialog box has a yellow warning icon. The form fields are labeled '1 - APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°1', '2 - CUIL ACOMPAÑANTE N°1', '3 - APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°2', '4 - CUIL ACOMPAÑANTE N°2', '5 - APELLIDO/S Y NOMBRE/S ACOMPAÑANTE N°3', and '6 - CUIL ACOMPAÑANTE N°3'. The 'Finalizar Postulación' button is highlighted with a red box.

Luego, para continuar con el trámite, **“Seleccionar archivo”** correspondiente, una vez seleccionado el mismo, pulsá **“Subir archivo”**.



The screenshot shows a document upload section. It has a title 'Informe Socio-Económico' and a description: 'El informe debe estar membretado por el municipio al que pertenece el solicitante y firmado por un/a Trabajador/a Social matriculado/a.' Below this, there are three buttons: 'Seleccionar archivo' (highlighted with a red box), 'Subir archivo' (highlighted with a red box), and 'Seleccionar entre documentos presentados'. A red asterisk indicates that this field is required.

Libre Por Enfermedad • Pase Libre
Libre Por Enfermedad • Por E-
Libre Por Enfermedad • Pase Libre Por Enfermedad • Pase Libre
Libre Por Enfermedad • Pase Libre Por Enfermedad • Pase Libre



Si tenés dudas o consultas comunicate de lunes a viernes al 0800-888-1234 de 8 a 20 horas o por WhatsApp al 3512010651 de 8 a 18 horas, los agentes te ayudarán a resolverlas.

Secretaría de
TRANSPORTE

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
CÓRDOBA

