

NOMBRE:		TRÁMITE:	X	SERVICIO:
SOLICITUD DE AYUDAS FUNCIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD				
DESCRIPCIÓN:				
LOS USUARIOS PODRÁN LLEVAR A CABO EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE ANTE EL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE JOCOTITLÁN PARA HACER LA SOLICITUD DE APOYOS COMO PRÓTESIS, ÓRTESIS Y APOYOS ESPECIALES PARA FAVORECER LA REHABILITACIÓN, LA INCLUSIÓN SOCIAL Y PREVENIR DISCAPACIDADES SECUNDARIAS.				
FUNDAMENTO LEGAL:	ARTICULO 8 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. ARTÍCULOS 4, 112, 128 FRACCIÓN VII Y IX DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MÉXICO ARTÍCULOS 164 Y 165 DEL BANDO MUNICIPAL DE POLICÍA Y GOBIERNO 2020 DE JOCOTITLÁN ARTÍCULO 3, FRACCIONES I, II VII Y IX DE LA LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DENOMINADOS SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. ARTÍCULOS 1, 2, 9 FRACCIÓN I, II Y III, 10 FRACCIÓN I,II Y 15 DEL REGLAMENTO INTERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE JOCOTITLÁN, MÉXICO. LEYES, ACUERDOS, REGLAMENTOS, DECRETOS, LINEAMIENTOS RELATIVOS A LA MATERIA			
DOCUMENTO A OBTENER:	AYUDA FUNCIONAL	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	NO APLICA	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	SI NO X	DIRECCIÓN WEB	NO APLICA	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		CUANDO ASÍ LO REQUIERE EL PACIENTE PREVIA VALORACIÓN MEDICA.		
REQUISITOS:	ORIGINAL ANOTAR SI O NO	COPIAS ANOTAR CON NÚMERO	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.	
PERSONAS FÍSICAS				
SOLICITUD DIRIGIDA A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE JOCOTITLÁN.	N/A	1	REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL OTORGAMIENTO DE AYUDAS FUNCIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA DEBIDO CONTROL DE OFICIOS Y SOLICITUDES A LA PRESIDENTA Y SERVICIOS QUE SE BRINDAN POR LA INSTITUCIÓN.	
ACTA DE NACIMIENTO	N/A	1		
CURP	N/A	1		
CONSTANCIA DOMICILIARIA (RECIBO DE LUZ, AGUA, TELÉFONO, PREDIAL, DEL AYUNTAMIENTO)	SI	1		
LLENAR EL FORMATO ÚNICO DE DISCAPACIDAD	SI			
SOLICITUD DE APOYO POR ESCRITO DIRIGIDA AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD ESPECIFICANDO EL MOTIVO POR EL QUE SE DESEA OBTENER EL BENEFICIO.	SI			
RESUMEN MÉDICO, CON NOMBRE DEL PACIENTE, FECHA, DIAGNÓSTICO MÉDICO Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE LA AYUDA FUNCIONAL, PRÓTESIS, ÓRTESIS O APOYO ESPECIAL QUE REQUIERE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, DEBE INCLUIR NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO ESPECIALISTA QUE PRESCRIBE (ESTE DOCUMENTO NO DEBERÁ EXCEDER LOS 6 MESES DE ANTIGÜEDAD).	SI N/A N/A			
FOTOGRAFÍA RECIENTE DEL SOLICITANTE DE CUERPO COMPLETO EN TAMAÑO POSTAL.	N/A			
COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (DEL FAMILIAR MÁS CERCANO EN CASO DE MENORES DE EDAD) DONDE SE ESPECIFIQUE EL DOMICILIO ACTUAL O EN SU CASO, CONSTANCIA DOMICILIARIA.	N/A			
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CON CLASIFICACIÓN, NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LO REALIZÓ Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN QUE LO EMITE.				
TRATÁNDOSE DE PRÓTESIS, ÓRTESIS Y APOYOS ESPECIALES EL BENEFICIARIO DEBERÁ CUBRIR LA CUOTA DE RECUPERACIÓN ANTE LA CAJA GENERAL DEL DIFEM CON BASE EN CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y TABULADOR QUE LE CORRESPONDA, ENTREGANDO COPIA DEL RECIBO EMITIDO POR LA CAJA GENERAL DEL DIFEM.				
PARA EL CASO DE BASTONES, ÚNICAMENTE DEBERÁ PRESENTAR COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL.				
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS				

NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	
INSTITUCIONES PÚBLICAS							
NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA		NO APLICA	
DURACIÓN DEL TRÁMITE:	25 MINUTOS			TIEMPO DE RESPUESTA:	INDETERMINADO		
COSTO:	DE ACUERDO A ESTUDIO SOCIOECONOMICO CUANDO SE HACE DIRECTAMENTE ANTE DIFEM			DE ACUERDO A ESTUDIO SOCIOECONÓMICO			
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	NO	TARJETA DE CRÉDITO	NO	TARJETA DE DÉBITO	NO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	NO APLICA						
OTRAS ALTERNATIVAS:	NO APLICA						
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	DISPONIBILIDAD DEL RECURSO.						

DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE JOCOTITLÁN, MÉXICO.				REHABILITACION BASADA EN TU COMUNIDAD			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		C. GUILLERMO LÓPEZ ZETINA					
DOMICILIO:	CALLE:	ELVIRA HERNANDEZ GOMEZ				NO. INT. Y EXT.:	S/N
COLONIA:	SAN JUAN			MUNICIPIO:	JOCOTITLAN		
C.P.:	50700	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	DE 9:00 A 17:00 HORAS DE LUNES A VIERNES				
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			
712	1230184	DIRECTO	017121231669	dif_jocotitlan@yahoo.com.mx			
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO							
OFICINA:	NO APLICA						
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	NO APLICA						
DOMICILIO:	CALLE:	NO APLICA				NO. INT. Y EXT.:	NO APLICA
COLONIA:	NO APLICA			MUNICIPIO:	NO APLICA		
C.P.:	NO APLICA	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	NO APLICA				
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA			
FORMATO(S) DESCARGABLES	NO APLICA						
INFORMACIÓN ADICIONAL							
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿CUÁNTO TIEMPO DURA LA PRÓTESIS?						
RESPUESTA:	ES DE ACUERDO AL BUEN USO QUE SE LE DE Y AL CRECIMIENTO NATURAL DEL PACIENTE						
PREGUNTA FRECUENTE 2:	NO APLICA						
RESPUESTA:	NO APLICA						

PREGUNTA FRECUENTE 3:	NO APLICA
RESPUESTA:	NO APLICA
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
ELABORACIÓN DE ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS CONTESTACIÓN DE OFICIOS DIRIGIDOS A LA PRESIDENCIA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE JOCOTITLÁN	

ELABORÓ:  C. ARTURO PEDRAZA SEGUNDO NOMBRE COMPLETO	 VISTO BUENO:  G. MAYRA MATEOS MANJARREZ NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 10/ENERO/2020
---	---	--