



## CÉDULA DE INFORMACIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE JOCOTITLÁN

NOMBRE:		TRÁMITE:	<input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIO:	
<b>SOLICITUD DE AYUDAS FUNCIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>					
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 CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. ARTÍCULOS 4, 112, 128 FRACCIÓN VII Y IX DE LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO ARTÍCULOS 161 Y 162 DEL BANDO MUNICIPAL DE POLICÍA Y GOBIERNO 2013 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. REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL OTORGAMIENTO DE AYUDAS FUNCIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD LEYES, ACUERDOS, REGLAMENTOS, DECRETOS, LINEAMIENTOS RELATIVOS A LA MATERIA.				
DOCUMENTO A OBTENER:	AYUDA FUNCIONAL			VIGENCIA:	INDETERMINADO.
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	DIRECCIÓN WEB	NO APLICA	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	CUANDO ASÍ LO REQUIERE EL PACIENTE PREVIA VALORACIÓN MEDICA.				
REQUISITOS:			FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO:		
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>					
SOLICITUD DIRIGIDA A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE JOCOTITLAN.	ORIGINAL	COPIA(S)	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			1		
CURP			1		
CONSTANCIA DOMICILIARIA (RECIBO DE LUZ, AGUA, TELÉFONO, PREDIAL, DEL AYUNTAMIENTO)			1		
LLENAR EL FORMATO ÚNICO DE DISCAPACIDAD			1		
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.			1		
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).			1		
FOTOGRAFÍA RECIENTE DEL SOLICITANTE DE CUERPO COMPLETO EN TAMAÑO POSTAL.			1		
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.			1		
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CON CLASIFICACIÓN, NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LO REALIZÓ Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN QUE LO EMITE.			1		
TRATÁNDOSE DE PRÓTESIS, ÓRTESIS Y APOYOS ESPECIALES EL			1		





"2018. AÑO DEL BICENTENARIO DEL NATALICIO DE IGNACIO RAMIREZ CALZADO, EL NIGROMANTE"

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.						
<b>PERSONAS MORALES</b>						
NO APLICA		ORIGINAL NO APLICA	COPIA(S) NO APLICA	NO APLICA		
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>						
NO APLICA		ORIGINAL NO APLICA	COPIA(S) NO APLICA	NO APLICA		
<b>OTROS</b>						
NO APLICA		ORIGINAL NO APLICA	COPIA(S) NO APLICA	NO APLICA		
<b>DURACIÓN DEL TRÁMITE:</b>	25 MINUTOS.		<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	INDETERMINADO		
<b>VIGENCIA:</b>	1 AÑO					
<b>COSTO:</b>	DE ACUERO A ESTUDIO SOCIOECONOMICO CUANDO SE HACE DIRECTAMENTE ANTE DIFEM					
<b>FORMA DE PAGO:</b>	EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)		
<b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>	NO APLICA					
<b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>	NO APLICA					
<b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>	DISPONIBILIDAD DEL RECURSO.					

<b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>				<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>			
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE JOCOTITLÁN, MÉXICO				REHABILITACION BASADA EN TU COMUNIDAD			
<b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>		C. GUILLERMO LÓPEZ ZETINA					
<b>DOMICILIO:</b>	<b>CALLE:</b>	ELVIRA HERNANDEZ GOMEZ			<b>NO. INT. Y EXT.:</b>	S/N	
<b>COLONIA:</b>	SAN JUAN		<b>MUNICIPIO:</b>	JOCOTITLÁN			
<b>C.P.:</b>	50700	<b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>	DE 9:00 A 17:00 HORAS DE LUNES A VIERNES				
<b>LADA:</b>	<b>TELÉFONOS:</b>		<b>EXTS.:</b>	<b>FAX:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		
712	12 3 01 84		DIRECTO	017121231669	dif_jocotitlan@yahoo.com.mx		
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>							
<b>OFICINA:</b>	NO APLICA						
<b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>	NO APLICA						
<b>DOMICILIO:</b>	<b>CALLE:</b>	NO APLICA			<b>NO. INT. Y EXT.:</b>	NO APLICA	
<b>COLONIA:</b>	NO APLICA		<b>MUNICIPIO:</b>	NO APLICA			
<b>C.P.:</b>	NO APLICA		<b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>	NO APLICA			
<b>LADA:</b>	<b>TELÉFONOS:</b>		<b>EXTS.:</b>	<b>FAX:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		





"2018. AÑO DEL BICENTENARIO DEL NATALICIO DE IGNACIO RAMIREZ CALZADO, EL NIGROMANTE"

NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
<b>MUNICIPIOS QUE ATIENDE:</b>		JOCOTITLÁN		
<b>OTROS</b>				
<b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>	¿CUÁNTO TIEMPO DURA LA PRÓTESIS?			
<b>RESPUESTA:</b>	ES DE ACUERDO AL BUEN USO QUE SE LE DE Y AL CRECIMIENTO NATURAL DEL PACIENTE			
<b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>	NO APLICA			
<b>RESPUESTA:</b>	NO APLICA			
<b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>	NO APLICA			
<b>RESPUESTA:</b>	NO APLICA			
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>				
ELABORACIÓN DE ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS				
CONTESTACIÓN DE OFICIOS DIRIGIDOS A LA PRESIDENCIA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE JOCOTITLÁN				

<b>ELABORÓ:</b>  <u>ING. MAYRA MATEOS MANJARREZ</u> NOMBRE COMPLETO	 <b>VISTO BUENO:</b>  <u>ING. MAYRA MATEOS MANJARREZ</u> NOMBRE COMPLETO	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>  11/ENERO/2018
------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------