

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:	<input checked="" type="checkbox"/>	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 191,192,193 Y 194 DEL BANDO MUNICIPAL DE POLICÍA Y GOBIERNO 2022 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.							
DOCUMENTO A OBTENER:	AYUDA FUNCIONAL	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	NO APLICA					
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	SI	NO	DIRECCIÓN WEB	NO APLICA				
		<input checked="" type="checkbox"/>						
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	CUANDO ASÍ LO REQUIERE EL PACIENTE PREVIA VALORACIÓN MEDICA.							
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	NO APLICA							
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,					
PERSONAS FÍSICAS								
SOLICITUD DIRIGIDA A LA PRESIDENTA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE JOCOTITLAN.	SI	00	REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL					
ACTA DE NACIMIENTO	NO	1	OTORGAMIENTO DE AYUDAS FUNCIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD					
CURP	NO	1	PARA DEBIDO CONTROL DE OFICIOS Y SOLICITUDES A LA PRESIDENTA Y SERVICIOS QUE SE BRINDAN POR LA INSTITUCIÓN.					
CONSTANCIA DOMICILIARIA (RECIBO DE LUZ, AGUA, TELÉFONO, PREDIAL, DEL AYUNTAMIENTO)	NO	1						
LLENAR EL FORMATO ÚNICO DE DISCAPACIDAD	SI	00						
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	00						
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	00						
FOTOGRAFÍA RECIENTE DEL SOLICITANTE DE CUERPO COMPLETO EN TAMAÑO POSTAL.	NO	00						
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.	NO	01						
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CON CLASIFICACIÓN, NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LO REALIZÓ Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN QUE LO EMITE.	SI	00						
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS								
NO APLICA	NO	NO APLICA	NO APLICA					
INSTITUCIONES PÚBLICAS								
NO APLICA	NO	NO APLICA	NO APLICA					
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	INDETERMINADO							
COSTO:	GRATUITO	NO APLICA						
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	<input type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO	<input type="checkbox"/>	TARJETA DE DÉBITO	<input type="checkbox"/>	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	<input type="checkbox"/>
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	NO APLICA							
OTRAS ALTERNATIVAS:	NO APLICA							

2022. AÑO DEL QUINCENTENARIO DE LA FUNDACIÓN DE TOLUCA DE LERDO, CAPITAL DEL ESTADO DE MÉXICO.

CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	DISPONIBILIDAD DEL RECURSO.
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA	NO APLICA

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:		MTRA. BEGONIA PLATA CASTAÑEDA	
DOMICILIO:	CALLE: ELVIRA HERNANDEZ GOMEZ	NO. INT. Y EXT.:	S/N
COLONIA:	BARRIO 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:
712	1230184	DIRECTO	017121231669
CORREO ELECTRÓNICO:			
difjocotitlan@outlook.com			

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:
NO APLICA	NO APLICA
EXTS.:	FAX:
NO APLICA	NO APLICA
CORREO ELECTRÓNICO:	
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

CONTESTACIÓN DE OFICIOS DIRIGIDOS A LA PRESIDENCIA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE JOCOTITLÁN
--

ELABORÓ: C. ARTURO PEDRAZA SEGUNDO NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO: MTRA. BEGONIA PLATA CASTAÑEDA NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 / 02 / 2022.
---	---	--

