

OFICIO NUM: 191/2015
CERRO AZUL VER., A DE JUNIO DEL 2015

ING. LEONEL CRUZ MAR
ENCARGADO DE LA UNIDAD DE
ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

En atención al oficio número UAIP/024/2015 de fecha 1 de abril del 2015 donde se hace alusión al Artículo 8 Fracción VIII que a la letra dice:

“Décimo cuarto. En los términos de la fracción VIII del artículo 8 de la Ley, los sujetos obligados publicarán y actualizarán:

I. El catálogo de trámites que puede realizar, gestionar o presentar el particular;

Los trámites son los siguientes:

APOYOS ECONÓMICOS: Para compra de medicamentos, pasajes, citas médicas locales y foráneas, gastos funerarios, exámenes de laboratorio y gabinete, estudios médicos especiales.

REGISTRO DE NACIMIENTO extemporáneos y actas de nacimiento foráneas.

TARJETAS DE INAPAM para adultos mayores.

FOTOCREDENCIALES para personas con discapacidad.

APOYOS FUNCIONALES para personas con discapacidad.

AFILIACIÓN al programa Jefas de Familia

REALIZACIÓN DE ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS requeridos por juzgado o particulares.

Rafael Nieto S/n col. valle verde
Cerro Azul, Ver.

Tel 01(785)852-21-59

II. Los formatos, costos y requisitos de procedibilidad, en especial los referentes a licencias, permisos, autorizaciones o solicitud de un servicio, en estos últimos casos se deberán cubrir los siguientes aspectos:

1. Unidad o área administrativa encargada del servicio: DIF MUNICIPAL
2. Ubicación: Av. Cuauhtémoc s/n
Esq. Rafael Nieto
Col Valle Verde
Cerro Azul, Ver.
C.P. 92511
3. Teléfono: (785) 852 2159
4. Horario de atención: 8:00 a 16:00 hrs
5. Nombre y cargo del servidor público responsable de llevar a cabo los trámites o servicios: Enf. Erika Luz Flores González. Directora de DIF Municipal
6. Tiempo de respuesta: Variable

Anexo a este oficio copias de los 2 únicos formatos que se requieren en esta oficina; así mismo le informo que todos los trámites son GRATUITOS y los requisitos son: 2 copias de credencial de elector, 2 copias de comprobante de domicilio, 2 copias de CURP y en el caso de credenciales 2 fotos tamaño infantil a color.

Rafael Nieto S/n col.valle verde
Cerro Azul, Ver.

Tel 01(785)852-21-59

DIF

CERRO AZUL



Sin mas por el momento quedo a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.



ATENTAMENTE


C.P.A. Reynaldo Mora Núñez
Presidente de DIF Municipal

Rafael Nieto S/n col.valle verde
Cerro Azul, Ver.

Tel 01(785)852-21-59

TRÁMITE GRATUITO

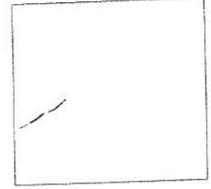
SOLO PERSONAL AUTORIZADO

M F

FECHA DE ELABORACIÓN: / / NO. FOLIO CVE. MOV.
MÓDULO: VER-CERRO AZUL REVISÓ DOCUMENTOS: YULIET A. VAZQUEZ COBOS ELABORÓ TARJETA: YULIET A.V. COBOS

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO: _____
APELLIDO MATERNO: _____
NOMBRE(S): _____
FECHA DE NACIMIENTO: / /
DIA MES AÑO



ENTIDAD DE NACIMIENTO _____
ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO
CURP: _____
OTRO DOCUMENTO APROBATORIO: _____

DIRECCIÓN
CALLE Y NÚMERO: _____ TELÉFONO: _____
COLONIA: _____ C.P. _____
DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____
EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____
TELÉFONO: _____

Ordene los servicios en los que piensa utilizar su Tarjeta INAPAM en orden de prioridad usando los números del 1 al 6 siendo 1 el de mayor importancia y 6 el de menor importancia

- Alimentación
- Vestido y Calzado
- Medicamentos, Servicios de Salud
- Agua y Predial
- Recreación
- Transporte Local y Foráneo

¿EN QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARIA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM?

VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO _____

¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SI NO

¿CON QUIEN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO _____

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ NO

¿HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDIGENA? SÍ NO ¿CUÁL? _____

¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SI NO

¿CUÁL? _____

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- DIABETES MELLITUS
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- ENFERMEDAD REUMÁTICA
- PADECIMIENTO NEUROLÓGICA
- ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
- ENFERMEDAD RESPIRATORIA
- ENFERMEDAD CANCEROSA
- OTRA _____

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI O NO O ¿CUÁL? _____

PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN O ANDADERA O SILLA DE RUEDAS O NINGUNO O

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?
OLFATO SI O NO O OÍDO SI O NO O VISTA SI O NO O GUSTO SI O NO O
¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SI O NO O ¿CUAL? _____

EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MAS DE 2 CAÍDAS? NO SI EN DOMICILIO EN CALLE
¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? 1-3 4-7 MÁS DE 7 NINGUNO



Folio _____

Fecha _____
DÍA MES AÑO

I. DATOS PERSONALES DE LA JEFA DEL HOGAR

1. Dígame su nombre completo, comenzando por sus apellidos.

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE(S) _____
 CURP _____ Fecha de nacimiento _____
 DÍA MES AÑO
 Teléfono _____ NO TIENE Correo electrónico _____ @ _____ NO TIENE

2. ¿Cuál es su domicilio?

Entidad federativa _____ Clave entidad _____
 Municipio o delegación _____ Clave municipio _____
 Localidad _____ Clave localidad _____
 Nombre de la calle o vialidad _____ DOMICILIO CONOCIDO
 Número exterior _____ Letra exterior _____ SIN NÚMERO EXTERIOR Número interior _____ Letra interior _____ SIN NÚMERO INTERIOR
 Lote _____ Manzana _____ Colonia _____ Código Postal _____

II. HIJAS E HIJOS DE HASTA 24 AÑOS

3. Datos de las hijas e hijos.

NÚM.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	Sexo		Fecha de nacimiento		
				H	M	DÍA	MES	AÑO
1.	_____	_____	_____	1	2	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	1	2	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	1	2	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	1	2	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	1	2	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	1	2	_____	_____	_____

III. RESPONSABLE(S) DE LAS HIJAS E HIJOS

4. ¿A quién(es) nombra como responsable(s) de su(s) hija(s) e hijo(s) en caso de fallecimiento?

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE(S) _____
 Persona 1 _____
 Persona 2 _____
 Persona 3 _____

	Sexo		Fecha de nacimiento			Teléfono	<input type="checkbox"/> NO TIENE	Parentesco con respecto a la(s) hija(s) e hijo(s). ANOTAR CONFORME AL CUADRO DE PARENTESCO.					
	H	M	DÍA	MES	AÑO			Padre _____ 02	Tía(o) _____ 06	Hermana(o) _____ 04	Otro (especificar) _____ 07		
Persona 1	1	2	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Persona 2	1	2	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Persona 3	1	2	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NO TIENE	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.
 Proporcionar información socioeconómica falsa, con el propósito de recibir indebidamente los apoyos y servicios contenidos en los programas de desarrollo social, será objeto de suspensión o baja de los programas.
 Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se otorgará protección de los datos personales que se incorporen en las bases de datos de la Secretaría de Desarrollo Social.
 Esta solicitud de pre registro no constituye la obligación para la incorporación al Programa, hasta que no se cumplan los requisitos establecidos en las Reglas de Operación que se encuentran vigentes, al presentarse la condición de orfandad materna, materia del Programa.
 Las condiciones de vulnerabilidad a las que hacen referencia las Reglas de Operación del Programa se evaluarán sobre el/los hogar(es) donde residen las hijas(os) de la jefa de familia que haya fallecido, mediante la aplicación del Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIIS).
 La que suscribe declara bajo protesta de decir verdad que los datos consignados en este cuestionario son correctos y completos, sin omitir ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

Firma o huella digital de la jefa del hogar