



CARTA SOLICITUD



RCREE-26.01

Culiacán, Sin., a _____ de _____ del _____.

Sra. Rosa Icela Fuentes de Ordaz
Presidenta del Patronato del
Sistema DIF Sinaloa
Presente

Por medio de la presente y de la manera mas atenta, solicito su apoyo de _____ para _____ de _____ años y con domicilio en:

Ya que en estos momentos no cuento con dinero para comprarlo, además que soy una persona de escasos recursos económicos.

Señora, mucho le agradeceré tenga a bien mi solicitud.

ATENTAMENTE

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Sinaloa
Blvd. Miguel Tamayo No. 3000 Nte. Desarrollo Urbano 3 Ríos
Culiacán, Sinaloa, C.P. 80020
Tels. (667) 713-23-23, 729-76-55 y 758-73-4



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
DEPARTAMENTO DE APOYOS FUNCIONALES

RCREE-26.02



		FECHA:				
SOLICITANTE:						
Domicilio:						
Ciudad:		Municipio:		Teléfonos :		
Identificación		CREDENCIAL DE ELECTOR () COMPROBANTE DE DOMICILIO ()				
Sexo:	H ()	M ()	Edad:	Fecha de Nacimiento		
				D	M A	
Estado Civil:		Marque el Estado Civil				
		SOLTERO(A) CASADO(A) UNION LIBRE DIVORCIADO(A) VIUDO(A)				
BENEFICIARIO:						
Identificación		CREDENCIAL DE ELECTOR () COMPROBANTE DE DOMICILIO ()				
Sexo:	H ()	M ()	Edad:	Fecha de Nacimiento		
				D	M A	
Estado Civil:		Marque el Estado Civil				
		CASADO(A) DIVORCIADO(A) SOLTERO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)				
Servicio Médico		Nivel socioeconómico:		A () B () C () D ()		
IMSS		Ocupación		Marque la ocupación:		
ISSSTE		MENOR DE 5 AÑOS		JORNALERO		
SEGURO POPULAR		ESTUDIANTE		PROFESIONISTA		
OTRO		AMA DE CASA		PENSIONADO		
		EMPLEADO		DESEMPLEADO		
		COMERCIANTE		SIN ESPECIFICAR		
Escolaridad:		Marque la escolaridad				
SIN ESCOLARIDAD		PREESCOLAR	PRIMARIA	SECUNDARIA		
PREPARATORIA		CARRERA COMERCIAL	CARRERA TECNICA	LICENCIATURA		
Parentesco con el solicitante:						
Sufre alguna enfermedad:		SI	Tipo de enfermedad:			
		NO				
Domicilio:						
Ciudad:		Municipio:		Teléfonos:		
Apoys:						
Marque y defina el apoyo solicitado						
SILLAS DE RUEDAS	ANDADERA	MULETAS	BASTON			
CARREOLA PCI / PCA	PRÓTESIS DE:	APARATOS ORTÓPEDIOS				
	ESTATURA: _____	ESTATURA: _____				
	PESO: _____	PESO: _____				

Tipo de vivienda		Servicios básicos con que cuenta	
PROPIA		LUZ	
RENTADA		AGUA	
PRESTADA		DRENAJE	
OTROS		TELEFONO	
		ALUMBRADO	
		PAVIMENTO	

Ingreso familiar:

No. total de miembros:

Constitución familiar (personas que habitan el mismo domicilio):

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	INGRESOS

OBSERVACIONES:

El solicitante y/o beneficiario manifiesta que los datos asentados en el presente son verdaderos y acepta sean corroborados por la Dirección de Rehabilitación y Medicina Social.

Nombre y firma del entrevistado(a)

Nombre y firma del entrevistador

Carta Poder

_____ de _____ del 20_____

Sr. _____

PRESENTE

Por la presente _____ al Sr. _____
poder amplio, cumplido y bastante para que a _____ nombre y representación

y así mismo para que conteste las demandas y recomendaciones que se entablan en mi contra, o ponga excepciones dilatorias y perentorias, rinda toda clase de pruebas, reconozca firmas y documentos, redarguya de falsos a los que se presenten por la contraria, presente testigos, vea protestar a los de la contraria y los represente y tache, articule y absuelva posiciones, recuse Jueces superiores o inferiores, oiga asuntos interlocutorios y definitivos, consienta de los favorables y pida revocación por contrario imperio, apele, interponga el recurso de amparo y se desista de los que interponga, pida aclaración de las sentencias, ejecute, embargue y me represente en los embargos que contra mí se decreten, pida el remate de los bienes embargados, nombre peritos y acuse a los de la contraria, asista a almonedas, transe este juicio, perciba valores y otorgue recibos y cartas de pago, someta el presente juicio a la decisión de los Jueces, árbitros y arbitradores, gestione el otorgamiento de garantías, y en fin, para que promueva todos los recursos que favorezcan mis derechos, así como para que sustituya este poder ratificando desde hoy todo lo que haga sobre este particular.

ACEPTO EL PODER

OTORGANTE

TESTIGO

TESTIGO
