



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE ELOTA

PROGRAMA APOYOS FUNCIONALES AUXILIARES AUDITIVOS

REQUISITOS PARA SOLICITAR APOYO

1. ACUDIR A LAS OFICINAS DEL SISTEMA DIF ELOTA.
2. LLEVAR CONSIGO:
 - **Audiometría**, no mayor a 6 meses.
 - **Credencia de Elector** del **solicitante** y del beneficiario (2 copias).
 - **Acta de Nacimiento**, solo en caso de ser menor de edad (2 copias).
 - **Comprobante de Domicilio**, de **Luz** o **Agua reciente** (2 copias).
 - **Curp** del beneficiario (2 copias).
3. LLENAR CARTA DE SOLICITUD DE APOYO Y DE ESTUDIO SOCIECONOMICO.
4. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO,
5. EXISTE UNA CUOTA DE RECUPERACION POR EL APOYO SOLICITADO.

ATENTAMENTE

**DEPARTAMENTO
PROGRAMA APOYOS FUNCIONALES**



SINALOA
GOBIERNO DEL ESTADO



CARTA SOLICITUD

RCREE-27.01

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 758-73-43



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

RCREE-27.02



FECHA:			
SOLICITANTE:			
Domicilio:			
Ciudad:	Municipio:	Telefonos:	
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
Escuela a la que asiste	Marque la escuela		
CAM _____ ESCUELA REGULAR () ESCUELA REGULAR CON APOYO () OTROS _____			
Parentesco con el solicitante:			
Sufre alguna enfermedad:	SI NO	Tipo de enfermedad:	
Domicilio:			
Ciudad:	Municipio:	Telefonos:	
Apoys:	AUXILIAR AUDITIVO___ DIADEMA UNILATERAL___ DIADEMA BILATERAL___ SISTEMA CROSS___		

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

Ingreso familiar: _____ MENSUAL

No. total de miembros: _____

Constitución familiar (personas que habitan el mismo domicilio): _____

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	INGRESO MENSUAL

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

PAGINA 2



CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
DEPARTAMENTO DE APOYOS FUNCIONALES
CUOTAS DE RECUPERACIÓN



No.	APOYO	CUOTA DE RECUPERACIÓN POR APOYO
1	SILLA DE RUEDAS PARA ADULTO	\$ 400.00
2	SILLA DE RUEDAS INFANTIL	400.00
3	SILLA DE RUEDAS ESPECIAL PARA ADULTO	1,000.00
4	CARREOLA PCI	1,000.00
5	ANDADERA PARA ADULTO	100.00
6	ANDADERA INFANTIL	100.00
7	ANDADERA JUANITO	400.00
8	MULETAS PARA ADULTO	70.00
9	MULETAS CANADIENSES	100.00
10	BASTÓN SENCILLO	20.00
11	BASTÓN 4 APOYOS	50.00
12	BASTON PARA INVIDENTE	20.00
13	ANDADERAS CON RUEDAS	120.00
19	PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS	10% DEL COSTO DEL APOYO
20	AUXILIARES AUDITIVOS	400.00

NOTA: LAS SILLAS DE RUEDAS Y LOS AUXILIARES AUDITIVOS DONADOS NO TIENEN CUOTA DE RECUPERACIÓN