



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

**PROGRAMA APOYOS FUNCIONALES
PROTESIS Y APARATOS ORTOPEDICOS**

REQUISITOS PARA SOLICITAR APOYO

1. ACUDIR A LAS OFICINAS DEL SISTEMA DIF ELOTA.
2. LLEVAR CONSIGO:
 - **Dictamen Médico** original no mayor a 3 meses, otorgado **por el Médico del Sistema DIF Elota**.
 - **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 vigente** (2 copias).
 - **Curp** del beneficiario (2 copias).
3. LLENAR CARTA DE SOLICITUD DE APOYO Y ESTUDIO SOCIECONOMICO.
4. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO,
5. EXISTE UNA CUOTA DE RECUPERACION DEPENDIENDO DEL TIPO DE APOYO FUNCIONAL SOLICITADO.

ATENTAMENTE

**DEPARTAMENTO
PROGRAMA APOYOS FUNCIONALES**



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:	
Apoyos:					
Marque y defina el apoyo solicitado					
SILLAS DE RUEDAS	ANDADERA	MULETAS	BASTON		
_____	_____	_____	_____		
CARREOLA PCI / PCA	PRÓTESIS DE:	APARATOS ORTÓPÉDICOS			
_____	_____	_____			
	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



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