



DIF | Elota
CON AMOR Y LEALTAD

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

**PROGRAMA ESPECIALES DE LA BENEFICIENCIA PÚBLICA
(PLACAS DENTALES, AUXILIARES AUDITIVOS, CIRUGIA DE CATARATAS Y
APOYOS FUNCIONALES)**

REQUISITOS PARA SOLICITAR APOYO

1. ACUDIR A LAS OFICINAS DEL SISTEMA DIF ELOTA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
2. LLEVAR CONSIGO:
 - **Dictamen Médico** original no mayor a 3 meses, otorgado **por el Médico del Sistema DIF Elota**.
 - **Credencial de Elector** del **beneficiario** y del solicitante (2 copias).
 - **Acta de Nacimiento**, solo en caso de ser menor de edad (2 copias).
 - **Comprobante de Domicilio**: recibo de **Luz** o **Agua** no mayor a **3 meses** del **beneficiario**
 - **CURP** del beneficiario (2 copias).
3. LA TRABAJADORA SOCIAL DARA A CONOCER AL SOLICITANTE O BENEFICIARIO EL AVISO DE PRIVACIDAD DE LA ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICIENCIA PUBLICA, UNA VEZ LEIDO Y FIRMADO, PASAR AL LLENADO DE LA CARTA COMPROMISO, ESTUDIO SOCIECONOMICO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE GRABACION DE ENTREGA DE INSUMO.
4. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO.

ATENTAMENTE

**DEPARTAMENTO TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA APOYOS FUNCIONALES**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**BENEFICENCIA
PÚBLICA**
ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO
DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

CARTA COMPROMISO

Lugar: _____,

Fecha: a _____ del _____

Dr. Leonardo Alfonso Verduzco Dávila
Director General
Administración del Patrimonio de la
Beneficencia Pública

PRESENTE

El que suscribe, **C.** _____, quien solicita del apoyo de este Órgano Desconcentrado para recibir _____ necesario (a) para el (Descripción del apoyo) mejoramiento de mi salud y calidad de vida, permitiéndome la reincorporación a mis actividades cotidianas.

Por este medio, una vez recibido el apoyo, me comprometo a utilizar de manera adecuada el material otorgado por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, de acuerdo a las recomendaciones que me fueron dadas por mi médico tratante para su mayor aprovechamiento.

Así mismo asistir a las terapias de rehabilitación no hospitalarias, o bien, cualquier otra que sea requerida para el mejoramiento de mi calidad de vida.

Atentamente

Firma y huella del beneficiario

(En caso de ser menor de edad nombre completo y firma del padre ó tutor; y del responsable del beneficiario en caso de que este último tenga vulnerabilidad mental)

Calle Aniceto Ortega Núm. 1321, Col. Colonia Del Valle, CP. 03100, Alcaldía Benito Juárez, CDMX.
Tel: (55) 55 34 03 60 www.gob.mx/salud/apbp.



**ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN SOCIAL FILANTROPÍA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES Y VINCULACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y GESTIÓN CIUDADANA
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA PERSONAS FÍSICAS**

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE: _____
(APELLIDO PATERNO) APELLIDO MATERNO NOMBRE (S))

DOMICILIO: _____
(CALLE) NÚMERO COLONIA)

(DELEGACIÓN O MUNICIPIO) ENTIDAD FEDERATIVA CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO) _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

(AÑO MES DÍA) (LUGAR)

SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ CANALIZADO POR _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ INGRESO \$ _____

APOYO EN ESPECIE:

DECLARATORIA DE NECESIDAD: Por medio de la presente corroboro bajo protesta de decir verdad que **NO** he recibido a poyo en Especie de _____ por lo que en este acto hago la solicitud, que de acuerdo a mis ingresos sin el apoyo de la Beneficencia Pública no podré acceder al mismo.

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: _____
(APELLIDO PATERNO) APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

TELÉFONO _____

3.- CONSTITUCIÓN FAMILIAR: (PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOMICILIO)

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | OCUPACIÓN | INGRESO |
|--------|------|------------|-----------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS: _____ **INGRESO TOTAL MENSUAL FAMILIAR:** \$ _____

4.- SITUACIÓN ECONÓMICA:

GASTO MENSUAL FAMILIAR.

ALIMENTACIÓN \$ _____ SALUD \$ _____

VIVIENDA(MANTENIMIENTO) \$ _____

EDUCACIÓN \$ _____ SERVICIOS PÚBLICOS \$ _____ OTROS ()
\$ _____

TRANSPORTE \$ _____ VIVIENDA (RENTA) \$ _____

TOTAL DE EGRESOS MENSUALES FAMILIARES \$ _____

5.- ALIMENTACIÓN:

DESAYUNO:

COMIDA:

CENA:

6.- VIVIENDA:

ZONA _____ TIPO DE VIVIENDA _____ RÉGIMEN DE PROPIEDAD _____



SERVICIOS PÚBLICOS: LUZ () AGUA () PAVIMENTO () DRENAJE () TELÉFONO () TRANSPORTE ()

SERVICIOS CON QUE CUENTA: LUZ () AGUA () GAS () DRENAJE () TELÉFONO ()
OTROS _____

NÚMERO DE ESPACIOS: _____ SALA () COMEDOR () RECÁMARA () COCINA ()

BAÑO: _____ OTROS: _____

TIPO DE CONSTRUCCIÓN: PAREDES _____ TECHO _____

PISO _____

7.- SALUD DEL BENEFICIARIO:

PADECIMIENTO ACTUAL _____ CAUSA _____

RECIBE ATENCIÓN MÉDICA: SÍ () NO () OTRO ()

NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL:

DEPENDENCIA CANALIZADORA:

DIRECCIÓN Y TELÉFONO:

FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN:

_____ (AÑO) _____ (MES) _____ (DÍA) _____ (LUGAR)

EVALUACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL:

“Yo el Solicitante y/o beneficiario manifiesto que los datos asentados que proporciono bajo protesta de decir la verdad son fidedignos, responsabilizándome de la veracidad de los mismos, aceptando que su falsedad me hará sujeto de las sanciones administrativas, civiles y penales correspondientes; autorizando para confirmar la veracidad de los mismos la inspección física por parte del Patrimonio de la Beneficencia Pública en la dirección del beneficiario o en su defecto por vía telefónica.”

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL
Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL**

EL PROGRAMA QUE GENERA ESTE APOYO GRATUITO ES DE CARÁCTER PÚBLICO, SUJETO A LA REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROPIO PROGRAMA, NO ES PATROCINADO NI PROMOVIDO POR PARTIDO POLÍTICO ALGUNO, ESTÁ PROHIBIDO EL USO DE ESTE PROGRAMA CON FINES POLÍTICOS, ELECTORALES, DE LUCRO Y OTROS DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS., QUIEN HAGA USO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA DEBERÁ SER DENUNCIADO Y SANCIONADO DE ACUERDO CON LA LEY APLICABLE Y ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE





FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE GRABACIÓN DE ENTREGA DE INSUMO

El que suscribe el presente, _____, Por mi propio derecho, con plena capacidad para la celebración de este acto, otorgo autorización expresa a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, para llevar a cabo la filmación relacionada con la entrega del insumo _____, para el uso, edición y transmisión en vivo de cualquier de las imágenes, a través de los medios de comunicación.

Manifiesto desde ahora, para todos los efectos legales a que haya lugar, que autorizo de manera expresa e irrevocable a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, para llevar a cabo la difusión a través de cualquier medio de difusión, incluyendo, televisión y radio abierta o restringida, circuito cerrado de televisión, sistemas de transmisión restringido en medios de transporte, hilo cinematográfico, cable, fibra óptica, microondas, sistema de difusión vía satélite punto a punto o Directa al Hogar ("DHT"), redes informáticas, cintas, videocasetes, discos versátiles digitales ("DVD"), medios impresos, incluyendo sin limitar, tarjetas postales, posters e inserciones en periódicos y revistas, o cualquier otra clase de formato o soporte material que se use en el presente o se invente en el futuro, ya sea en lo individual o a través de compilaciones o colecciones de los diversos comerciales publicitarios obtenidos de las sesiones de filmación antes descritas, en los cuales pueden contenerse imágenes fijas o en movimiento del (la) suscrito (a). También se incluye la conversión a formato digital y el almacenamiento y publicación en Internet.

Yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo en la filmación de la entrega del insumo para mi uso personal a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública. Así mismo, consiento el uso de mis datos personales en relación con todos los usos para garantizar la transparencia de los recursos y autorizo la grabación de mi imagen y voz, en un medio fotográfico, de video, audio, digital, electrónico o cualquier otro de los mencionados previamente.

ATENTAMENTE

Nombre _____

Firma _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Ciudad de México, a _____ del mes de _____ del 2022.

Este formulario debe ser firmado por la persona que ha aceptado ser grabada y filmada como parte principal en la entrega de un insumo para el mejoramiento de su calidad de vida o salud.

El propósito de este formulario es obtener el consentimiento para la filmación y/o grabación de la entrega de insumos a personas físicas para mejorar su calidad de vida o salud, que se utilizara en varios medios. La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública garantiza que el uso de las grabaciones se utilice para fines de garantizar la entrega del insumo solicitado, transparentando la entrega gratuita del mismo por parte del benefactor/ o institución intermediaria.



AVISO DE PRIVACIDAD

Mediante el presente documento, la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, informa a Usted los términos en que serán tratados los Datos Personales que recabe, por lo cual, le recomendamos que lea atentamente la siguiente información:
La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en calle Aniceto Ortega 1321, Colonia Del Valle, Ciudad de México, Demarcación Territorial Benito Juárez, C.P. 03100, y portal de internet <http://www.apbp.salud.gob.mx/>, es el responsable del uso y protección de sus Datos Personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

¿Para qué fines utilizaremos sus Datos Personales?

Los Datos Personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el trámite que solicita:

- APOYOS EN ESPECIE A LAS PERSONAS FÍSICAS DE ESCASOS RECURSOS SIN COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL.

¿Qué Datos Personales utilizaremos para estos fines?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente AVISO DE PRIVACIDAD, podremos solicitarle entre otros, los siguientes Datos Personales:

| | | |
|---|-----------------------|----------------------|
| • Nacionalidad | • Estado Civil | • Correo electrónico |
| • Fecha de nacimiento | • Nombre | • Firma autógrafa |
| • Lugar de nacimiento | • Domicilio | • Edad |
| • Clave única de Registro de Población (CURP) | • Teléfono particular | • Fotografía |
| • Registro Federal de Contribuyentes(RFC) | • Teléfono celular | • Huella Digital |

Además de los Datos Personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente AVISO DE PRIVACIDAD podremos requerirle los siguientes Datos Personales considerados como sensibles, mismos que requieren de especial protección:

| | |
|----------------------------|------------------------------------|
| • Dictamen Médico | • Dictamen post Operatorio |
| • Estudio Socioeconómico | • Constancia de entrega del Insumo |
| • Constancia de Colocación | |

Con relación a esta última categoría, le informamos que los Datos Personales Sensibles que se recaben del Titular serán obtenidos únicamente en forma directa; es decir en forma personal, en el entendido de que los Datos Personales Sensibles recabados, se tratarán con la finalidad exclusiva de realizar y dar seguimiento al proceso del apoyo otorgado.

Cabe aclarar que respecto de los Datos Personales que proporcione referentes a terceras personas, se presume que usted ha obtenido el consentimiento del Titular de que se trate para efectuar dicha entrega, por tanto es responsable de dicha situación.

Tratándose de Datos Personales de menores de edad y personas en estado de interdicción o incapacidad declarada, se presume que usted cuenta con la representación legal prevista en la Legislación Civil que le resulte aplicable, siendo esto de igual forma su responsabilidad.

¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?

Le informamos que sus Datos Personales podrán ser tratados para los siguientes fines:

- a) Apoyos en Especie a las Personas Físicas de escasos recursos sin cobertura de Seguridad Social;
- b) Los datos requeridos para dar cumplimiento con la información publicada en el Portal de Transparencia. Solo será publicados el nombre completo, apellidos, sexo y el Monto (en pesos), del recurso, beneficio o apoyo otorgado.
- c) Informes de Labores, Programas de Trabajo y Rendición de Cuentas

Así mismo serán compartidos dentro del Territorio Nacional con los proveedores con los que está Institución lleve a cabo el proceso de adquisición del insumo solicitado.

Se le informa que al otorgar su consentimiento para el tratamiento de sus Datos Personales, Usted autoriza a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública a utilizarlos para la transferencia de su uso, al proveedor responsable de proporcionar el insumo solicitado.

Como parte del cumplimiento a la normatividad referente a la Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, podrán llevarse a cabo eventos donde serán tomadas fotografías, con la posibilidad de ser publicadas o difundidas por cualquier medio de comunicación, ya sea electrónica o impresa.

Otorgo mi consentimiento para la transferencia y uso de mis Datos Personales:

1. Nombre completo
- 2.- Firma y/o Huella Digital del beneficiario, (en caso de ser menor de edad padre o tutor)

Mecanismo para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (ARCO).

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO directamente ante la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en calle Aniceto Ortega 1321, colonia del Valle, Ciudad de México, Demarcación Territorial Benito Juárez, C.P. 03100 y/o al correo electrónico avisodeprivacidadapbp@salud.gob.mx.

Cambios al aviso de privacidad

En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, serán dados a conocer mediante una publicación en la página <http://apbp.salud.gob.mx/>