



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

PROTESIS Y APARATOS ORTOPEDICOS 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 un médico especialista en rehabilitación del DIF Sinaloa, con membrete, firma y cedula profesional del médico que expide.
 - **Identificación Oficial** del **beneficiario** y del solicitante (2 copias).
 - **Acta de Nacimiento** del beneficiario, solo en caso de ser menor de edad (2 copias).
 - **Comprobante de Domicilio:** recibió de **Luz** o **Agua no mayor a 3 meses** del **solicitante** y del **beneficiario** este siempre y cuando no vivan en el mismo domicilio. (2 copias)
 - **CURP** del beneficiario (2 copias).
 - **Fotografía de la vivienda** (interior y exterior)
 - **Comprobantes de ingresos** de las personas que trabajan y habitan con el beneficiario (2 copias).

En caso de ser esposo(a) traer copia del acta de matrimonio, nieta acta de nacimiento.

Nota: Una vez que el beneficiario cuenta con el dictamen médico, se necesita cotización por una ortopedia de la necesidad de apoyo, apegada a la solicitud del médico especialista del DIF Sinaloa.

Si el beneficiario no puede asistir, el trámite tendrá que ser realizado por un familiar directo.

3. LA TRABAJADORA SOCIAL DARA A CONOCER AL SOLICITANTE O BENEFICIARIO EL AVISO DE PRIVACIDAD DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DEL SISTEMA DIF SINALOA, UNA VEZ LEIDO Y FIRMADO, PASAR AL LLENADO DE LA CARTA SOLICITUD DE APOYO Y DE ESTUDIO SOCIECONOMICO.
4. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO.
5. EXISTE UNA CUOTA DE RECUPERACION DEPENDIENDO DEL TIPO DE APOYO FUNCIONAL SOLICITADO.

ATENTAMENTE
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA APOYOS FUNCIONALES



CARTA SOLICITUD



RDRMS-26.01

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

**Dra. Eneyda Rocha Ruiz
Presidenta del Sistema DIF Sinaloa
P r e s e n t e**

**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**

FECHA:			
SOLICITANTE:			
Domicilio:			
Municipio:		Estado:	
Teléfonos :			
Identificación INE () ACTA DE NACIMIENTO () COMPROBANTE DE DOMICILIO () OTROS ()			
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 INE () ACTA DE NACIMIENTO () COMPROBANTE DE DOMICILIO () OTROS ()			
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	
ISSSTE		Marque la ocupación:	
INSABI		MENOR DE 5 AÑOS JORNALERO	
OTRO		ESTUDIANTE PENSIONADO	
		AMA DE CASA DESEMPLEADO	
		EMPLEADO ADULTO MAYOR	
		COMERCIANTE DISCAPACITADO	
Escolaridad:		Marque la escolaridad	
SIN ESCOLARIDAD		PREESCOLAR	
PREPARATORIA		PRIMARIA	
CARRERA COMERCIAL		SECUNDARIA	
CARRERA TECNICA		LICENCIATURA	
Parentesco con el solicitante:			
Sufre alguna enfermedad:		Tipo de enfermedad:	
SI			
NO			
Domicilio:			
Municipio:		Estado:	
Teléfonos:			
Apoys:			
Marque y defina el apoyo solicitado			
SILLAS DE RUEDAS		ANDADERA	
_____		_____	
MULETAS		BASTÓN	
_____		_____	
CARREOLA PCI		PRÓTESIS DE:	
_____		_____	
ESTATURA:		APARATOS ORTÓPÉDICOS	
_____		_____	
PESO:		ESTATURA:	
_____		_____	
		PESO:	

Tipo de vivienda		Servicios básicos con que cuenta	
PROPIA		LUZ	
RENTADA		AGUA, POZO, NORIA	
PRESTADA		DRENAJE, FOSA, LETRINA	
OTROS		TELEFONO	
		ALUMBRADO PÚBLICO	
		PAVIMENTO	

Ingreso familiar mensual:

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



AVISO DE PRIVACIDAD DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DEL SISTEMA DIF SINALOA



Conforme a lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa y a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Sinaloa, El Sistema DIF Sinaloa con domicilio en Blvd. Miguel Tamayo 3000 Nte. Desarrollo Urbano 3 Ríos C.P. 80020, Culiacán, Sinaloa, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable:

¿Qué datos personales recabamos y para qué fines?

Los datos personales serán utilizados con la finalidad de que la persona sea beneficiada de los apoyos y/o servicios que ofrecen los programas de Asistencia Social del Sistema DIF Sinaloa; para las finalidades antes señaladas se recaban los siguientes datos personales:

Documentación correspondiente: Identificación oficial con fotografía (beneficiario y/o solicitante), CURP (beneficiario y/o solicitante), comprobante de domicilio (beneficiario y/o solicitante) (en caso de que el beneficiario y/o solicitante no cuenten con comprobante de domicilio, se le solicita una carta de residencia expedida por la autoridad local) y estudio socioeconómico familiar.

Nombre completo, huella dactilar, fotografía, parentesco familiar, lugar y tiempo de migración, tipo de vulnerabilidad, sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento, edad, CURP, registro de nacimiento, estado civil, domicilio particular, lugar de origen, teléfono, ocupación actual, grado escolar, tipo de seguridad social, programa social al que es beneficiario.

Adicional a lo anterior, se recaban los siguientes datos que se consideran sensibles:

Relaciones afectivas, familiares y conyugales: para trámites jurídicos.

Dictamen médico y/o receta: para apoyos de medicamentos, estudios, rehabilitación, apoyos funcionales e ingresos a centros asistenciales.

Certificado de defunción: para servicios funerarios. Condición

de salud física, psicológica y mental.

Fundamento para el tratamiento de datos personales

Se hace de su conocimiento que el fundamento para tratar sus datos personales, se encuentra en los artículos 21, 94, 165 y el segundo párrafo del artículo 166 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa y en los artículos 1, 2, 3, 4 fracción II, 14, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 196 fracción VIII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Sinaloa y en el artículo 13 de la Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social.

Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted deberá presentar la solicitud respectiva en la Dirección de Planeación del Sistema DIF Sinaloa con domicilio en Blvd. Miguel Tamayo 3000 Nte. Desarrollo Urbano 3 Ríos C.P. 80020 Culiacán, Sinaloa.

Para conocer el procedimiento y requisitos para el ejercicio de los derechos ARCO, usted podrá llamar al siguiente **667 713 2323 Ext. 7345**; o bien ponerse en contacto con nuestro Responsable de la Unidad de Transparencia, que dará trámite a las solicitudes para el ejercicio de estos derechos, y atenderá cualquier duda que pudiera tener respecto al tratamiento de su información.

Los datos de contacto del Responsable de la Unidad de Transparencia son los siguientes: domicilio en Blvd. Miguel Tamayo 3000 Nte. Desarrollo Urbano 3 Ríos C.P. 80020, Culiacán, Sinaloa.

¿Cómo puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales? Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Para revocar su consentimiento deberá presentar su solicitud con el Responsable de la Unidad de Transparencia: Blvd. Miguel Tamayo 3000 Nte. Desarrollo Urbano 3 Ríos C.P. 80020, Culiacán, Sinaloa.

Los Datos Personales que se recaben no se transferirán a ninguna persona física o moral.

Medios a través de los cuales el responsable comunicará a los titulares los cambios al aviso de privacidad. En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento en las aulas de capacitación, ubicadas en las instalaciones de esta Secretaría antes señaladas y en nuestro portal de Internet <http://dif.transparenciasinaloa.gob.mx/avisos-de-privacidad-del-sistema-para-el-desarrollo-integral-de-la-familia-dif/>

_____ Hago constar que leí el aviso de privacidad.

Fecha:

Nombre y Firma

Última actualización **02/07/2020**