



DIF | **Elota**
CON AMOR Y LEALTAD

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

**PROGRAMA CASA DEL ABUELO “UN NUEVO AMANECER”
CASA DE CUIDADOS DIURNOS**

**REQUISITOS PARA INGRESAR
A UN ADULTO MAYOR**

- 1. ACUDIR A LAS INSTALACIONES DE LA CASA DEL ABUELO AL AREA DE DIRECCION**

AL INGRESAR A UN ADULTO MAYOR LLEVAR CONSIGO:

- **Acta de Nacimiento** del Adulto Mayor (1 copia)
 - **Credencial de Elector** del Adulto Mayor (1 copias).
 - **Comprobante de Domicilio:** recibo de luz o agua del Adulto Mayor (1 copias)
 - **CURP** del Adulto Mayor (1 copias).
- 2. LA COORDINADORA DARA A CONOCER AL FAMILIAR DIRECTO EL AVISO DE PRIVACIDAD Y EL REGLAMENTO INTERNO DE LA CASA DEL ABUELO, UNA VEZ LEIDO, PASAR AL**
 - 3. LLENADO DE LA CARTA LA RESPONSIVA Y HOJA DE INGRESO.**
 - 4. EL TRAMITE Y EL SERVICIO ES TOTALMENTE GRATUITO.**

ATENTAMENTE

**COORDINADORA DE LA CASA DEL ABUELO
“UN NUEVO AMANECER”**



DIF | **Elota**
CON AMOR Y LEALTAD

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

CARTA RESPONSIVA

Por medio de este conducto doy mi responsiva y consentimiento, al personal de Casa del Abuelo “Un Nuevo Amanecer” del Municipio de Elota, para el cuidado y atención de mi familiar: _____

Estando consiente e informado que se debe cumplir con un reglamento interno y ser partícipe de las actividades que se realicen o programen en esta Institución.

Sin más por el momento pongo a disposición de esta institución la siguiente información para que sea usada única y exclusivamente en caso de emergencia.

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

ATENTAMENTE

Firma del familiar directo que otorga el consentimiento.



DIF | Elota
CON AMOR Y LEALTAD

**CENTRO DE ATENCIÓN DIURNA PARA ADULTOS MAYORES
Casa del Abuelo "Un Nuevo Amanecer"**

HOJA DE INGRESO

FECHA DE INGRESO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL ADULTO MAYOR: _____

EDAD: _____ TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____

CURP: _____ ESCOLARIDAD: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: HOMBRE MUJER EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

AFILIACION:

IMSS ISSSTE INSABI: NINGUNO PARTICULAR

DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE:

NOMBRE COMPLETO: _____

PARENTESCO: _____ TELEFONO PARTICULAR: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR
