



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

**PROGRAMA DE DISCAPACIDAD AUDITIVA
REQUISITOS PARA SOLICITAR AUXILIARES AUDITIVOS**

- 1. ACUDIR A LAS OFICINAS DEL SISTEMA DIF ELOTA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.**
- 2. LLEVAR CONSIGO:**
 - **Audiometría (TONAL Y LOGO)**, no mayor a 6 meses de la fecha de la solicitud (original y dos copias).
 - **Identificación Oficial del solicitante** y del beneficiario (original y copia).
 - **Acta de Nacimiento del beneficiario**, solo en caso de ser menor de edad (original y copia).
 - **Comprobante de Domicilio**, recibo de **Luz o Agua no mayor a 3 meses del solicitante** y del **beneficiario** (original y copia).
 - **CURP** del beneficiario (original y copia).
- 3. LA TRABAJADORA SOCIAL DARA A CONOCER AL SOLICITANTE EL AVISO DE PRIVACIDAD DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DEL SISTEMA DIF SINALOA, UNA VEZ LEIDO Y FIRMADO,**
- 4. PASAR AL LLENADO DE LA CARTA SOLICITUD DE APOYO Y DE ESTUDIO SOCIECONOMICO.**
- 5. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO,**
- 6. EXISTE UNA CUOTA DE RECUPERACION DE \$600 PESOS POR CADA AUXILIAR AUDITIVO.**

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

**ATENTAMENTE
DEPARTAMENTO TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA APOYOS FUNCIONALES**



CARTA SOLICITUD

RDRMS-27.01

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 758-73-43

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

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



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**