



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

**PROGRAMAS 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).
 - **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 Y/O BENEFICIARIO, JUNTO CON UN FAMILIAR DIRECTO, EL AVISO DE PRIVACIDAD DE LA ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICIENCIA PUBLICA, UNA VEZ LEIDO Y FIRMADO, PASAR AL LLENADO DE LA CARTA DE SOLICITUD DE APOYO (BENEFICIARIO), CARTA DE SOLICITUD DE APOYO (FAMILIAR), ESTUDIO SOCIECONOMICO CARTA COMPROMISO (BENEFICIARIO), CARTA COMPROMISO (FAMILIAR) ESTUDIO SOCIECONOMICO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE GRABACION DE ENTREGA DEL INSUMO.**
- 4. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO.**

ATENTAMENTE

**DEPARTAMENTO TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA APOYOS FUNCIONALES**



Dirección de Vinculación Social, Filantropía
Y Evaluación del Impacto

CARTA DE SOLICITUD DE APOYO

Lugar: _____
Fecha: a _____ de _____ de 2025.

**LIC. JOSÉ ALFREDO CORDERO ESQUIVEL
DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN
DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
PRESENTE**

El que suscribe, C. _____, de _____ años de
edad, señalando como domicilio el ubicado en _____
(Calle, Número Ext./Int.,

Colonia, Ciudad, Estado, Código Postal)

Con número de teléfono: _____.

Protesto decir verdad, y manifiesto que debido a que padezco de: _____ requiero un
apoyo en materia de salud de: _____ y
desafortunadamente no me es posible adquirirlo con mis propios recursos, derivado de que soy una persona en
situación de vulnerabilidad económica, lo que me lleva a presentar este documento.

El apoyo solicitado es necesario para el mejoramiento de mi salud y/o mejorar mi calidad de vida, para contribuir
a mi reincorporación a las actividades cotidianas.

Agradezco de antemano su favorable respuesta.

**Nombre completo, firma
y huella del solicitante**





Dirección de Vinculación Social, Filantropía
Y Evaluación del Impacto

CARTA DE SOLICITUD DE APOYO

Lugar: _____
Fecha: a _____ de _____ de 2025.

LIC. JOSÉ ALFREDO CORDERO ESQUIVEL
DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN
DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
PRESENTE

El que suscribe (peticionario (a)), C. _____,
quien solicita del apoyo de este Órgano Desconcentrado denominado Administración del Patrimonio de
la Beneficencia Pública que usted representa, a fin de que mi:

Parentesco con el beneficiario: _____

Nombre del beneficiario: _____

de ____ años, reciba el apoyo de *(Descripción del apoyo)*: _____

Señalando como domicilio el ubicado en _____
(Calle, Número Ext./Int., Colonia, Ciudad, Estado, Código Postal)

y con número de teléfono: _____, protesto decir verdad, y manifiesto que
debido a que la persona para quien solicitó el apoyo padece de: _____
_____ y desafortunadamente no me
es posible adquirirlo con mis propios recursos, derivado de que soy una persona en situación de
vulnerabilidad económica, lo que me lleva a presentar este documento.

El apoyo solicitado es necesario para el mejoramiento de su salud y/o mejorar la calidad de vida,
permitiéndole así lograr su reincorporación a sus actividades cotidianas.

Agradezco de antemano su favorable respuesta.

**Nombre completo, firma
y huella del solicitante**

(Se requisita solo cuando el apoyo es para una persona menor de edad o es para una persona mayor de edad que no se puede valer por sí mismo y requiere tutor)





**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

ALCALDÍA O MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

(AÑO MES DIA)

(LUGAR)

SEXO: _____ **EDAD:** _____ **ESTADO CIVIL:** _____ **CANALIZADO POR:** _____

ESCOLARIDAD: _____ **OCUPACIÓN:** _____ **INGRESOS \$** _____

APOYO EN ESPECIE:

DECLARATORIA DE NECESIDAD: Por medio de la presente confirmo bajo protesta de decir verdad que durante este año NO he recibido apoyo en Especie de _____ y que NO he iniciado proceso de solicitud de apoyo en otra instancia de Gobierno, por lo que en este acto hago por primera vez la solicitud, ya que, de acuerdo a mis ingresos sin el apoyo de la Beneficencia Pública no podré acceder al mismo; ya que la declaración falsa conlleva a que no sea sujeto del apoyo y en su defecto asumir la devolución del costo del bien con mis propios medios a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública; a fin de no afectar la entrega de apoyos en beneficio de los que menos tienen.

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	INGRESOS

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 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 de la Administración 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.



Dirección de Vinculación Social, Filantropía Y Evaluación del Impacto

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 Dactilar

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 postoperatorio
• 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 serán 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 esta 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 Dactilar del beneficiario, (en caso de ser menor de edad del 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/>



Dirección de Vinculación Social, Filantropía
Y Evaluación del Impacto

CARTA COMPROMISO

Lugar: _____

Fecha: ____ de _____ del 2025.

LIC. JOSÉ ALFREDO CORDERO ESQUIVEL
DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN
DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

PRESENTE

El que suscribe, C. _____, quien solicita
del apoyo de este Órgano Desconcentrado para recibir (**Descripción del Apoyo**) _____

_____ necesario (a) para el 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



Dirección de Vinculación Social, Filantropía
Y Evaluación del Impacto

CARTA COMPROMISO

Lugar: _____

Fecha: _____ de _____ del 2025.

**LIC. JOSÉ ALFREDO CORDERO ESQUIVEL
DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN
DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA**

PRESENTE

El que suscribe (peticionario (a)), C. _____, quien solicita del apoyo de este Órgano Desconcentrado en favor de:

Nombre del beneficiario: _____

Parentesco con el beneficiario: _____

para recibir *(Descripción del apoyo):* _____

Necesario (a) para el mejoramiento de su salud; y mejorar la calidad de vida, para su reincorporación a las actividades cotidianas.

Por este medio, una vez recibido el apoyo, me comprometo a vigilar que el apoyo otorgado por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública sea utilizado de manera adecuada, de acuerdo a las recomendaciones que fueron dadas por el médico tratante para su mayor aprovechamiento en favor del beneficiario antes señalado.

Así mismo llevar al beneficiario a las terapias de rehabilitación no hospitalarias, o bien, cualquier otra que sea requerida para el mejoramiento de su calidad de vida.

Atentamente

Firma y huella del solicitante

(Documento a llenar en caso de que el beneficiario sea menor de edad o sea una persona con discapacidad física y/o cognitiva que le impida asumir por sí mismo el cuidado del uso del apoyo otorgado).



Dirección de Vinculación Social, Filantropía
Y Evaluación del Impacto

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 por parte de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública de la entrega del insumo que se me otorga para mi uso personal. 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: _____

_____, a _____ de _____ del 2025.

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 visual 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 atestiguar la entrega del insumo solicitado, transparentando la entrega gratuita del mismo por parte del benefactor /o institución intermediaria.