



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

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD MOTORA 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 médico especialista en rehabilitación de DIF Sinaloa, con membrete, firma y cedula profesional del médico que lo expide.
- **Certificado De Discapacidad de DIF** (solo cuando se solicita sillas ruedas).
- **Identificación Oficial** del **beneficiario** y del solicitante (una copia).
- **Acta de Nacimiento** del beneficiario menor de edad (una copia).
- **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. (una copia)
- **CURP** del beneficiario (una copia).
- **Fotografía actual** del Beneficiario, cuerpo completo.
- **Fotografía de la vivienda** (interior y exterior).
- **Comprobante de ingresos de las personas que trabajan y habitan con el beneficiario** (una copia)

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

3. LA TRABAJADORA SOCIAL DARA A CONOCER AL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO 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, ESTUDIO SOCIECONOMICO, ASI COMO EL PERMISO DE IMAGEN POR DIF SINALOA.

5. EXISTE UNA CUOTA DE RECUPERACION DEPENDIENDO DEL TIPO DE APOYO FUNCIONAL SOLICITADO.

6. DICHOS APOYOS SERÁN OTORGADOS DIRECTAMENTE AL BENEFICIARIO Y/O SOLICITANTE, DE ACUERDO CON LA LOGÍSTICA ESTABLECIDA POR DIF SINALOA, LA CUAL SE DARÁ A CONOCER OPORTUNAMENTE, PARA LA ENTREGA DEL APOYO, EL BENEFICIARIO Y/O SOLICITANTE DEBERA FIRMAR EL RECIBO CORRESPONDIENTE COMO CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE ENTREGA DEL APOYO FUNCIONAL.

7. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO.

ATENTAMENTE
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



CARTA SOLICITUD



RDRMS-09.01

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 () CURP ()					
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 () CURP ()					
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			
IMSS BIENESTAR		ESTUDIANTE	PENSIONADO			
OTRO		AMA DE CASA	DESEMPLEADO			
		EMPLEADO	ADULTO MAYOR			
		COMERCIANTE	DISCAPACITADO			
Escolaridad:	Marque la escolaridad					
SIN ESCOLARIDAD	PREESCOLAR	PRIMARIA	SECUNDARIA			
PREPARATORIA	CARRERA COMERCIAL	CARRERA TECNICA	LICENCIATURA			
Parentesco con el solicitante:						
Sufre alguna enfermedad:	SI NO	Tipo de enfermedad:				
Domicilio:						
Municipio:	Estado:	Teléfonos:				
Apoyos:		Marque y defina el apoyo solicitado				
SILLAS DE RUEDAS	ANDADERA	MULETAS	BASTÓN			
CARREOLA PCI	PRÓTESIS DE:	APARATOS ORTÓPÉDICOS				
	ESTATURA: _____	ESTATURA: _____				
	PESO: _____	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**



SINALOA
GOBIERNO DEL ESTADO

Lugar: _____

Fecha: _____

SISTEMA DIF SINALOA

P R E S E N T E.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 27, 87 y 94 de la Ley Federal del Derecho de Autor, autorizamos por el plazo máximo permitido por la Ley, a Sistema DIF Sinaloa, la utilización del nombre, imagen, voz de _____ en fotografías, videgrabaciones, obras gráficas, literarias, fonogramas etcétera, que emanen de talleres, foros, consultas, entrevistas, participación y/o cualquier actividad que realice este Sistema, para la difusión y/o promoción de la participación de la persona.

Por lo anterior, manifestamos que es de nuestro conocimiento que la utilización de los materiales que resulten, no representan, en ningún momento, acto o acción que se considere o sea susceptible de lucro; sino que se utilizarán para dar cumplimiento a la Ley General, por lo que no reclamaremos indemnización, regalía, dividendo o cualquier emolumento alguno por su utilización.

Correo electrónico: _____

Domicilio particular: _____

Teléfono con lada: _____

Celular: _____

Firma



RDRMS-09.08

RECIBO DE ENTREGA DE APOYO

R E C I B I: DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL, A TRAVÉS DEL DEPARTAMENTO DE APOYOS FUNCIONALES, EL APOYO DE:

_____ PARA BENEFICIAR AL

C. _____ CON DOMICILIO

EN: _____

_____.

CULIACÁN, SIN., A _____ DE _____ DE _____.

ENTREGO

R E C I B I

Centro de Rehabilitación y Educación Especial
Av. Villa Tres Ríos s/n.
Desarrollo Urbano 3 Ríos
C.P. 80020
Culiacán, Sinaloa.