

PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

FORMATO DE REGISTRO

DELEGACIÓN REGIONAL SEDIF: _____ 1. Fecha de Elaboración _____

2. Nombre de la posible beneficiaria(o)

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

3. Fecha de Nacimiento: _____ 4. Estado Civil: _____
Día Mes Año

5. Teléfono _____

6. Domicilio: Calle: _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Colonia _____ Referencia Domiciliaria: _____

Localidad _____ Municipio _____

7. Nombre del Tutor (en caso de aplicar): _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

8. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ INTEGRAR EL EXPEDIENTE Y ORDEN DE PRESENTACIÓN EN DONDC

- a. FORMATO DE REGISTRO (PRESENTE DOCUMENTO)
- b. DOCUMENTO EMITIDO POR MÉDICO DEL SECTOR SALUD (EN EL CUAL INDIQUE EL TIPO DE DISCAPACIDAD PERMANENTE, EN ORIGINAL, ACTUALIZADO, HOJA MEMBRETADA, CON SELLO DE LA INSTITUCIÓN QUE LO EXPIDE Y NUM. DE CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO) O COPIA DE CREDENCIAL DE DISCAPACIDAD VIGENTE
- c. COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO Y/O CURP
- d. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DEL PROGRAMA (ORIGINAL)
- e. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO
- f. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL TUTOR (EN CASO DE APLICAR)
- g. COPIA DE COMPROBANTE DOMICILIARIO ACTUALIZADO (SI VIVE EN LOCALIDAD MENOR A 10,000 HABITANTES SE ACEPTARÁ CONSTANCIA DE VECINDAD ORIGINAL, ACTUALIZADA, FIRMADA Y SELLADA POR LA AUTORIDAD LOCAL MUNICIPAL)
- h. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES.

Toda la documentación solicitada para la conformación del expediente es de carácter obligatorio, deberá ser entregada engrapada y en el orden que se indica. De faltar algún documento, el expediente no podrá ser considerado para evaluarlo y para su posterior ingreso al programa, siendo responsabilidad de la instancia que recaba la información y quien da la autorización.

ANTES DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEBERÁ LEER EN PRESENCIA DE LA PERSONA O TUTOR, PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

9. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIÉNDOLA REVISADO Y AVALADO.

11. NOMBRE COMPLETO DE (LA) PRESIDENTA(E) DIF MUNICIPAL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO.BO.

12. NOMBRE COMPLETO DEL (LA) DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DE AUTORIZACIÓN.