

**MUNICIPIO DE SAN MINATITLÁN**

<b>NOMBRE DEL SERVICIO</b>	APOYOS FUNCIONALES		
<b>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b>	PROPORCIONAR AUXILIARES FUNCIONALES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE TENGAN SU RESIDENCIA DENTRO DEL MUNICIPIO DE MINATITLAN		
<b>QUIEN PUEDE SOLICITAR EL SERVICIO</b>	PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
<b>CASOS EN QUE DEBE PRESENTARSE EL SERVICIO</b>	CUANDO LAS PERSONAS PRESENTEN DISCAPACIDAD Y NO CUENTEN CON RECURSOS PARA LA COMPRA DE APOYO FUNCIONAL	<b>BENEFICIO DEL SERVICIO (EN SU CASO)</b>	CONTAR CON UN APOYO FUNCIONAL
<b>MODALIDAD</b>	PRESENCIAL	<b>TIPO DE SERVICIO</b>	DIRECTO
<b>REQUIERE CITA</b>	NO	<b>TELÉFONO PARA REALIZAR CITA</b>	NO APLICA
<b>PLAZO PARA PREVENIR AL SOLICITANTE</b>	1 DIA HABIL	<b>PLAZO PARA CUMPLIR LA PREVENCIÓN</b>	3 DIAS HABILES
<b>REQUIERE INSPECCIÓN</b>	SI	<b>ÁREA QUE REALIZA LA INSPECCIÓN</b>	AREA MEDICA DIF
<b>OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN</b>	VERIFICAR LOS DATOS PROPORCIONADOS PARA SER BENEFICIARIO DEL PROGRAMA		
<b>INFORMACIÓN QUE DEBE CONSERVAR EL SOLICITANTE PARA ACREDITACIÓN</b>	NO APLICA		
<b>PLAZO PARA LA CONCLUSIÓN DEL SERVICIO</b>	3-6 MESES	<b>APLICA AFIRMATIVA FICTA</b>	NO
<b>REQUISITOS PARA OBTENER EL SERVICIO</b>			
1 PRESENTARSE EN LAS INSTALACIONES DEL DIF MINATITLÁN			
2 SOLICITAR EL APOYO DE SILLA DE RUEDAS, APARATOS, BASTON, ETC.			
3 CUMPLIR CON TODOS LOS DOCUMENTOS, LEGIBLES, SIN TACHADURAS O ENMENDURAS Y COMPLETOS			
<b>DOCUMENTOS</b>			
1 COPIA DE LA CLAVE UNICA DE REGISTRO POBLACIONAL (CURP)			
2 ORIGINAL Y COPIA DE CREDENCIAL OFICIAL CON FOTOGRAFIA EXPEDIDA POR EL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL (INE)			

3 COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO CON UNA VIGENCIA NO MAYOR A TRES MESES			
4 FOTOGRAFIA DE CUERPO COMPLETO DE LA PERSONA QUE RECIBE EL APOYO			
5 DOCUMENTACION MEDICA CON LA QUE ACREDITA SU DISCAPACIDAD			
<b>PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA OBTENER EL SERVICIO</b>			
1 PRESENTARSE EN LAS INSTALACIONES DEL DIF MUNICIPAL			
2 SOLICITAR INFORMES PARA EL PROGRAMA DE APOYOS FUNCIONALES			
3 INGRESAR A VALORACION MEDICA PARA DETERMINAR SI SON CANDIDATOS PARA RECIBIR APOYOS			
4 VALORACION MEDICA POR PARTE DEL MEDICO DE TURNO			
5 INFORMA AL SOLICITANTE LOS DOCUMENTOS PARA CONFORMAR EXPEDIENTE			
6 SE REALIZA INSPECCION EN DOMICILIO DEL SOLICITANTE			
7 SE NOTIFICA LA ACEPTACION DEL ESTADO PARA LA ENTREGA DE APOYO.			
8 FIRMA DE RECIBIDO DEL APOYO Y SE TOMAN IMPRESIONES DE EVIDENCIA			
<b>CRITERIOS DE RESOLUCIÓN</b>			
1 SON CANDIDATOS PARA EL PROGRAMA LAS PERSONAS RESIDENTES DEL MUNICIPIO DE MINATITLAN			
2 LOS PLAZOS COMENZARAN A CORRER APARTIR DE LA ENTREGA DE DOCUMENTOS DEBIDAMENTE REQUISITADOS			
3 EL APOYO SE ENTREGARA SIEMPRE Y CUANDO EL ESTADO CALIFIQUE DE MANERA POSITIVA LA SOLICITUD.			
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DEL SERVICIO</b>	REGLAS DE OPERACIÓN , REGLAMENTO INTERNO DEL SMDIF, LEY GENERAL DE SALUD, LEY GENERAL DE ASISTENCIA SOCIAL Y LEY ORGANICA MUNICIPAL.		
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA INSPECCIÓN</b>	REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYOS		
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO DEL COBRO</b>	NO APLICA		
<b>UNIDAD RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN</b>			
<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA</b>	COORDINACION DEL AREA MEDICA		
<b>DOMICILIO</b>	AV. MIGUEL HIDALGO #4. COL. CENTRO	<b>HORARIO DE ATENCIÓN</b>	08:00-3:00
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:medicinadif.coordinacion@gmail.com">medicinadif.coordinacion@gmail.com</a>	<b>TELÉFONO</b>	9222250370 EXT.1052
<b>COSTO</b>	SIN COSTO	<b>VIGENCIA DEL DOCUMENTO</b>	NO APLICA

<b>LUGAR DE PAGO</b>	CAJA DEL DIF MUNICIPAL		
<b>FORMA DE PAGO</b>	EFECTIVO		
<b>HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS QUE APLICAN</b>			
NO APLICA			
<b>QUEJAS Y DENUNCIAS</b>			
Si el servidor público que atendió la solicitud del servicio niega la gestión sin causa justificada, altera o incumple con la información requerida en el registro de trámites y servicios, presenta tu protesta ciudadana en el Órgano de Control Interno del H. Ayuntamiento de Minatitlán.			
<b>DOMICILIO</b>	Hidalgo N° 107, Colonia Centro, Minatitlán		
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:organo.control@minatitlan.gob.mx">organo.control@minatitlan.gob.mx</a>	<b>TELÉFONO</b>	922 223 6090
<b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA</b>	C. Graciela González Martínez		
<b>ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN</b>			
<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA</b>	COORDINACIÓN DE MEDICINA		
<b>DOMICILIO</b>	AV. MIGUEL HIDALGO #4. COL. CENTRO		
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:medicinadif.coordinacion@gmail.com">medicinadif.coordinacion@gmail.com</a>	<b>TELÉFONO</b>	9222250370 EXT.1052
<b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA</b>	GERALDINE GUTIERREZ ESPINOSA		
<b>EJERCICIO</b>	2024		