



GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021

S A L A M A N C A
FIRMES EN LA VERDAD

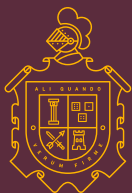
SOLICITUD DE ATENCIÓN DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO.

REQUISITOS

- Solicitud de apoyo dirigida a Lic. Rodrigo Escobar Rodríguez, Director General de DIF Municipal.
- Copia de credencial de elector del padre y/o tutor.
- Copia de comprobante de domicilio en caso de no coincidir con credencial de elector.
- Someterse a estudio socio-económico.
- Fotografía del paciente.

Expediente contendrá

- 1 Solicitud firmada y sellada en recepción.
- 2 Estudio socio-económico autorizado por dirección.
- 3 Copia credencial de elector del padre o tutor.
- 4 Copia de comprobante de domicilio en caso de no coincidir con credencial de elector.
- 5 Fotografía del paciente.
- 6 Copia de asistencia del paciente en rol del chofer.



GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021

SALAMANCA

FIRMES EN LA VERDAD

SOLICITUD DE COMODATO

REQUISITOS

- Solicitud de apoyo dirigida a Lic. Rodrigo Escobar Rodríguez, Director General de DIF Municipal.
- Copia de credencial de elector del paciente, en caso de ser menor CURP.
- Copia de comprobante de domicilio del solicitante o paciente.
- Constancia médica y/o diagnóstico médico.
- Referencias de 3 personas, únicamente nombre, domicilio y teléfono de contacto.
- Someterse a estudio socio-económico.

Expediente contendrá

- 1 Solicitud firmada y sellada en recepción.
- 2 Estudio socio-económico autorizado por la dirección.
- 3 Copia de la credencial de elector del paciente y solicitante.
- 4 Copia de comprobante de domicilio.
- 5 Comodato firmado por el solicitante.



GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021

S A L A M A N C A

FIRMES EN LA VERDAD

SOLICITUD DE CANALIZACIONES

REQUISITOS

- Solicitud de apoyo dirigida a Lic. Rodrigo Escobar Rodríguez, Director General de DIF Municipal.
- Copia de credencial de elector del paciente, en caso de ser menor de edad del padre o tutor.
- Diagnóstico médico.
- Copia de comprobante de domicilio en caso de no coincidir con credencial de elector.
- Someterse a estudio socio-económico.

Expediente contendrá

- 1 Solicitud firmada y sellada en recepción.
- 2 Estudio socio-económico autorizado por la dirección.
- 3 Copia constancia médica y/o diagnóstico médico.
- 4 Copia credencial de elector.
- 5 Comprobante de domicilio en caso de no coincidir con la credencial de elector.
- 6 Copia de canalización formado por el usuario.



GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021

SALAMANCA
FIRMES EN LA VERDAD

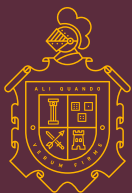
SOLICITUD DE APOYO: SILLA DE RUEDAS, ANDADOR, BASTÓN, PAÑALES Y MEDICAMENTOS

REQUISITOS

- Solicitud de apoyo dirigida a Lic. Rodrigo Escobar Rodríguez, Director General de DIF Municipal.
- Copia de credencial de elector del paciente, en caso de ser menor de edad del padre o tutor.
CURP
- Diagnóstico médico.
- Copia de comprobante de domicilio en caso de no coincidir con credencial de elector.
- Someterse a estudio socio-económico y visita domiciliaria.

Expediente contendrá

- 1 Solicitud firmada y sellada en recepción.
- 2 Estudio socio-económico autorizado por la dirección.
- 3 Copia de credencial de elector.
- 4 Copia CURP.
- 5 Constancia médica.
- 6 Comprobante de domicilio en caso de no coincidir con la credencial de elector.
- 7 Fotografía de la vivienda del paciente.
- 8 Recibo de donación firmado por el solicitante y/o paciente.



GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021

SALAMANCA
FIRMES EN LA VERDAD

APOYO DE DESCUENTO DE PASAJES A HOSPITALES

REQUISITOS

- Solicitud de apoyo dirigida a Lic. Rodrigo Escobar Rodríguez, Director General de DIF Municipal.
- Copia credencial de elector del paciente, en caso de ser menor de edad, del padre o tutor.
- Diagnóstico médico y/o tarjeta de citas.
Copia de comprobante de domicilio en caso de no coincidir con la credencial de elector.
- Someterse a estudio socio-económico.

Expediente contendrá

- 1 Solicitud firmada y sellada en recepción.
- 2 Estudio socio-económico autorizado por la dirección.
- 3 Constancia médica y/o tarjeta de citas.
- 4 Copia credencial de elector.
- 5 Comprobante de domicilio en caso de no coincidir con credencial de elector.
- 6 Copia de firma de asistencia en rol de chofer.



GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021

SALAMANCA
FIRMES EN LA VERDAD

SOLICITUD DE APOYO DE TRASLADO A HOSPITALES

REQUISITOS

- Solicitud de apoyo dirigida a Lic. Rodrigo Escobar Rodríguez, Director General de DIF Municipal.
- Copia credencial de elector del paciente, en caso de ser menor de edad, del padre o tutor.
- Diagnóstico médico y/o tarjeta de citas.
- Copia de comprobante de domicilio en caso de no coincidir con la credencial de elector.
- Someterse a estudio socio-económico.

Expediente contendrá

- 1 Solicitud firmada y sellada en recepción.
- 2 Estudio socio-económico autorizado por la dirección.
- 3 Constancia médica y/o tarjeta de citas.
- 4 Copia credencial de elector.
- 5 Comprobante de domicilio en caso de no coincidir con credencial de elector.
- 6 Copia de firma de asistencia en rol de chofer.



GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021

S A L A M A N C A

FIRMES EN LA VERDAD

SOLICITUD DE APOYO ECONÓMICO, GASTOS HOSPITALARIOS O TRATAMIENTOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS.

REQUISITOS

- 1** Solicitud dirigida a Lic. Alfonso Borja Pimentel, Director General de DIF Estatal.
- 2** Estudio socio-económico de Trabajo Social, realizado por el Sistema Municipal DIF, con firma, huella digital, por T.S. y VoBo.
- 3** Fotografías del peticionario y/o beneficiario así como de su entorno (casa, habitación, patio, etc.)
- 4** Valoración médica actualizada (donde indique el diagnóstico de la persona sujeta a atención)
- 5** Presupuesto y/o constancia de adeudo por escrito en hoja membretada del proveedor o prestador del servicio, en la que especifique: número telefónico y dirección del mismo, así como datos fiscales (cuenta a nombre de, RFC, banco, número de cuenta para depósitos y sucursal, en caso de ser recibo de honorarios, CURP del médico tratante).
- 6** Receta actualizada (no mayor a treinta días o término del tratamiento), en original, expedida por el médico tratante. En caso de ser medicamento controlado tendrá que ser receta original, especificando el tiempo de su tratamiento y/o cantidad del medicamento que requiere.
- 7** Copia del acta de nacimiento del beneficiario.
- 8** Copia CURP del beneficiario.
- 9** Copia credencial de elector del beneficiario.
- 10** Copia de comprobante de domicilio actualizado (recibo de luz o agua), no mayor a un mes de vigencia.
- 11** Credencial de elector o identificación del solicitante, si es persona distinta al beneficiario.



GOBIERNO MUNICIPAL 2018-2021

S A L A M A N C A
FIRMES EN LA VERDAD

SOLICITUD DE APOYO DE SILLA DE RUEDAS Y ANDADOR A DIF ESTATAL

REQUISITOS

- 1 Solicitud de apoyo dirigida a Lic. Rodrigo Escobar Rodríguez, Director General de DIF Municipal.
- 2 Estudio socio-económico de Trabajo Social, realizado por el Sistema Municipal DIF, con firma, huella digital, por T.S. y VoBo.
- 3 Anexar número telefónico de casa, celular, familiar y/o vecino (recados).
- 4 Fotografías de peticionario y/o beneficiario, así como de su entorno (casa, habitación, patio, etc.) por personal de DIF Municipal.
- 5 Valoración médica actualizada (donde indique el diagnóstico de la persona sujeta de atención) por médico de DIF Municipal, original y copia, costo de la consulta \$35.00.
- 6 2 Copias de acta de nacimiento del beneficiario.
- 7 2 Copias del CURP del beneficiario.
- 8 2 Copias de credencial de elector del beneficiario.
- 9 2 Copias de comprobante de domicilio actualizado (recibo de luz o agua), no mayor de un mes de vigencia.
- 10 2 Copias de la credencial de elector o identificación del solicitante, si es persona distinta al beneficiario.