

**DEPENDENCIA**

DIF

**RESPONSABLE**

**TRABAJO SOCIAL**

NOMBRE	TIPO	CLAVE
APOYOS ASISTENCIAL	TRÁMITE / SERVICIO	SIL-DIF-TSO-01
FECHA DE REGISTRO	2019-06-14	

**OBJETIVO**

BRINDAR APOYOS ASISTENCIALES A FAMILIAS EN SITUACION VULNERABLE PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

**USUARIOS**

FAMILIAS EN SITUACIÓN VULNERABLE QUE ACREDITEN LA NECESIDAD O CARENCIA

DOCUMENTO QUE SE OBTIENE	COSTO	TIEMPO	VIGENCIA
HOJA DE TRANSFERENCIA DE PAGO CUANDO EL APOYO ES ECONÓMICO. ENTREGA DE APOYO EN ESPECIE.	GRATUITO	DE 1 A 30 DÍA (S)	INDEFINIDO

**ALTERNATIVAS DE PAGO**

N/A

**OFICINA RECEPTORA / RESOLUTORIA**

NOMBRE	DIF ESTATAL	
DOMICILIO	PASEO DE LA PRESA # 89 A, GTO., GTO.	
HORARIO DE ATENCIÓN	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 3:30 hrs.	(473)7353300	trabajosocial@difsilao.org

## REQUISITOS

NOMBRE	ORIGINAL	COPIAS	NOTAS
1. SOLICITUD.	1		DIRIGIDA AL INGENIERO GERARDO TRUJILLO FLORES, DIRECTOR GENERAL DEL SDIFEG
2. CEDULA IMPULSO ANEXO I	1		ELABORADO POR SMDIF
3. SOLICITUD IMPULSO ANEXO II	1		ELABORADO POR SMDIF
4. ESTUDIO SOCIECONOMICO DE TRABAJO SOCIAL	1		REALIZADO POR EL SMDIF, CON FIRMA, HUELLA DIGITAL, DEBIDAMENTE FIRMADO POR TRABAJO SOCIAL Y DIRECTOR(A)
5. FOTOGRAFÍAS	1		DEL PETICIONARIO, CON LA TRABAJADORA SOCIAL O PERSONAL DEL SMDIF QUE REALICE LA VISITA DOMICILIARIA ASI COMO SU ENTORNO (FACHADA DE LA CASA, COCINA, BAÑO, HABITACIÓN).
6. VALORACIÓN MÉDICA	1		EN CASO DE SOLICITAR APOYO RELACIONADO CON LA SALUD DEL BENEFICIARIO, DEBE DE INDICAR EL DIAGNOSTICO.
7. PRESUPUESTO O CONSTANCIA DE ADEUDO POR ESCRITO.	1		EN CASO DE SOLICITAR APOYO ECONÓMICO, DEBE SER EN HOJA MEMBRETADA DEL PROVEEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO, EN LA QUE ESPECIFIQUE NÚMERO TELEFÓNICO Y DIRECCIÓN DEL MISMO, ASI COMO DATOS FISCALES (CUENTA DE RFC, BANCO, NO. DE CUENTA PARA DEPÓSITO, Y SUCURSAL, EN CASO DE SER RECIBIDOS HONORARIOS, CURP DEL MÉDICO TRATANTE).
8. RECETA MÉDICA ACTUALIZADA	1		NO MAYOR A 20 DÍAS O AL TÉRMINO DEL TRATAMIENTO, EXPEDIDA POR EL MÉDICO TRATANTE. EN CASO DE MEDICAMENTO CONTROLADO, TENDRÁ QUE SER RECETA ORIGINAL, ESPECIFICANDO TIEMPO DE SU TRATAMIENTO Y CANTIDAD DEL MEDICAMENTO QUE SE REQUIERE.
9. DIAGNÓSTICO MÉDICO	1		-EN CASO DE REQUERIR SILLA DE RUEDAS Y/O PAÑALES. - QUE ESPECIFIQUE PESO Y

			TALLA
10. ACTA DE NACIMIENTO		1	DEL POSIBLE BENEFICIARIO
11. CURP		1	DEL POSIBLE BENEFICIARIO, EN FORMATO ACTUAL.
12. IDENTIFICACION OFICIAL		1	DEL POSIBLE BENEFICIARIO.
13. COMPROBANTE DE DOMICILIO		1	LUZ O AGUA, ACTUALIZADO, NO MAYOR A 6 MESES DE VIGENCIA.
14. IDENTIFICACION OFICIAL DEL SOLICITANTE		1	SI ES PERSONA DISTINTA AL BENEFICIARIO.
15. IDENTIFICACION OFICIAL		1	DEL CONTACTO, ADEMÁS DE NUMERO TELEFÓNICO.
16. CREDENCIAL IMPULSO		1	EN CASO DE CONTAR CON ELLA
LINK PARA DESCARGAR FORMATO			FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

### PASOS

- 1.- SE LE BRINDA INFORMACIÓN AL USUARIO.
- 2.- RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS.
- 3.- SE ELABORA EXPEDIENTE.
- 4.- SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA EN EL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO.
- 5.- SE ENTREGA EL EXPEDIENTE EN DIF ESTATAL Y ELLOS AVISAN AL BENEFICIARIO

## CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DE TRÁMITE O SERVICIO

SE LE BRINDA PRIORIDAD A PERSONAS EN SITUACIÓN VULNERABLE

### OBSERVACIONES

SON APOYOS ECONOMICOS, HOSPITALARIOS, PAÑALES, CAJAS DE DIÁLISIS, HEMODIÁLISIS, SILLA DE RUEDAS, CARREOLAS PCI Y MEDICAMENTOS.

### FICTA

NO APLICA

### FUNDAMENTOS DE LEY

LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO ARTICULO 13.

### FUNDAMENTOS DE DISPOSICIÓN REGLAMENTARIA

REGLAMENTO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE SILAO DE LA VICTORIA ARTICULO 44.

### INFORMACIÓN QUE DEBE DE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO

1. SOLICITUD.
2. CEDULA IMPULSO ANEXO I
3. SOLICITUD IMPULSO ANEXO II
4. ESTUDIO SOCIECONOMICO DE TRABAJO SOCIAL
5. FOTOGRAFÍAS
6. VALORACIÓN MÉDICA
7. PRESUPUESTO O CONSTANCIA DE ADEUDO POR ESCRITO.
8. RECETA MÉDICA ACTUALIZADA
9. DIAGNÓSTICO MÉDICO
10. ACTA DE NACIMIENTO
11. CURP
12. IDENTIFICACION OFICIAL
13. COMPROBANTE DE DOMICILIO
14. IDENTIFICACION OFICIAL DEL SOLICITANTE
15. IDENTIFICACION OFICIAL
16. CREDENCIAL IMPULSO

### LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

CONTRALORIA MUNICIPAL

472 722 0110 EXT. 120

quejasysugerencias@silao.gob.mx

SANCIONES QUE EN SU CASO PROCEDAN POR OMISIÓN DEL TRÁMITE

SANCIONES ADMINISTRATIVAS

REVISÓ

TERESA DE JESUS GOMEZ ZARAGOZA  
COORDINADORA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIZÓ

MARCELA CABALLERO RUÍZ  
DIRECTORA GENERAL DEL SMDIF

FECHA DE IMPRESIÓN

2024-04-26 04:31:35

FECHA DE REVISIÓN

2024-02-09

NUMERO DE REVISIÓN

3 DE 4