AXOCHIAPAN
GOBIERNO MUNICIPAL 2016-2018

Axochiapan Mor, a 02 de Marzo del 2016

# H. AYUNTAMIENTO DE AXOCHIAPAN

## DIRECCION DEL D.I.F MPAL.

OCA6 Información de destinatarios y Beneficiarios de Bienes o apoyos otorgados, así como los programas sociales.

## PROGRAMA DE AUDITIVOS "PARA OIRTE MEJOR"

**A)** PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO: Coordinado con el Centro de Salud Y Perifoneo.

**B)** FORMATOS: Lista de Solicitantes, Estudio Socioeconómico.

**C)** REQUISITOS:

1Copia de Credencial de Elector
1Copia Comprobante de Domicilio
1Copia de Curp
1 Copia de Póliza del Seguro Popular
1Copia de Acta de Nacimiento
2 Fotografías a Color Tamaño Infantil

**D)** COSTO: ES Gratuito.

**E)** SERVIDOR RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA: Nataly Tajonar Pacheco.

**F)** DOMICILIO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA: Leandro Valle No.1 Col. Centro Axochiapan. Mor.

**G)** No. DE TEL. 35 10611

Unidad de la Beneficencia Pública Estatal MORELOS

# UNIDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA ESTATAL.

## RECIBO DE AYUDA EN ESPECIE A PERSONAS FÍSICAS DE ESCASOS RECURSOS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE: /AA/ /2015

AYUDA OTORGADA

APARATO AUDITIVO

FECHA INICIO TRÁMITE: _____

FECHA CAMPAÑA: _____

FECHA DE ENTREGA:

CANALIZADO POR: _____

| O. Der | Pérdida Oído Derecho | | Tipo de Auxiliar | | Marca | Num. De Serie |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Blauton | |

| O. Izq | Pérdida Oído Izquierdo | | Tipo de Auxiliar | | Marca | Num. De Serie |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Blauton | |

C. MARIA DEL CARMEN LINARES DOMINGUEZ
TITULAR DE LA UNIDAD DE LA
BENEFICENCIA PUBLICA ESTATAL

Firma y Huella de Aprobación y Recibido

Firma y Huella

Terminos y condiciones: Acepto que se use mi Nombre y foto para efectos de tranparencia en la entrega de mi Apoyo Funcional

CALLE QUINTAS NO.15 COLONIA CANTARRANAS CUERNAVACA MORELOS C.P. 62448
TELS. 777 3 10 02 84 777 3 14 55 81

FOTO

2.- **DATOS DEL SOLICITANTE**

NOMBRE: _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S)

DOMICILIO: _____ CALLE _____ NUMERO _____ COLONIA

_____ DELEGACION O MUNICIPIO _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO

3.- **CONSTITUCION FAMILIAR:** *(PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOMICILIO)*

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | OCUPACIÓN | INGRESOS |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS _____

TOTAL DE INGRESOS MENSUAL $ _____ -

## 4.- SITUACION ECONÓMICA

GASTO MENSUAL FAMILIAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ALIMENTACIÓN | | SALUD | | VIVIENDA (MANTENIMIENTO) | |
| EDUCACIÓN | | SERVICIOS PÚBLICOS | | OTROS | |
| TRANSPORTE | | VIVIENDA (RENTA) | | | |

TOTAL EGRESO MENSUAL FAMILIAR $ -

## 5.- ALIMENTACIÓN *(QUE REGULARMENTE COMSUME LA FAMILIA)*

DESAYUNO

COMIDA

CENA

## 6.- VIVIENDA

ZONA

TIPO DE VIVIENDA

SERVICIOS PÚBLICOS:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| LUZ | | AGUA | | PAVIMENTO | |
| DRENAJE | | TÉLEFONO | | TRANSPORTE | |

REGIMEN DE PROPIEDAD

SERVICIOS CON QUE CUENTA:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| LUZ | | AGUA | | GAS | |
| DRENAJE | | TELEFONO | | OTROS | |

NÚMERO DE ESPACIOS:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SALA | | COMEDOR | | RECAMARA | |
| COCINA | | BAÑO | | OTROS | |

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN: PAREDES TECHO PISO

7.- **SALUD DEL BENEFICIARIO**

PADECIMIENTO ACTUAL

ES DERECHOHABIENTE DE: IMSS ISSSTE OTRO

RECIBE ATENCION MEDICA: SI NO DONDE

8.- **EVALUACION GENERAL**

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL : L.T.S MARISA GARCÍA LAGUNAS

DEPENDENCIA CANALIZADORA: BENEFICENCIA PUBLICA ESTATAL

DIRECCION Y TELEFONO: CALLE QUINTAS NUM 15 COL. CANTARRANAS CUERNAVACA, MORELOS

FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN:

EVALUACION GENERAL DE TRABAJO SOCIAL

APROBADO RECHAZADO

*EL SOLICITANTEE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN CORROBORADOS POR EL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA.*

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

# FORMATO DE ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO

FO-DBDACTS-01

FOTO

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE:

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

DOMICILIO:

CALLE NUMERO COLONIA

DELEGACION O MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CODIGO POSTAL TELEFONO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

AÑO MES DIA LUGAR

SEXO EDAD ESTADO CIVIL CANALIZADO POR:

ESCOLARIDAD OCUPACION INGRESOS: $ -

AYUDA EN ESPECIE:

¿COMO OBTUVO INFORMACION DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA U.B.P.?

¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE SUBSIDIO DE P.B.P. ? SI NO FECHA TIPO DE SUBSIDIO

DOCUMENTACION QUE PRESENTA:

DICTAMEN MEDICO CARTA SOLICITUD IDENTIFICACION

FOTOGRAFIAS COMPROBANTE DE INGRESOS COMP DE DOMICILIO

OFICIO DE CANALIZACION OTROS ACTA DE NACIMIENTO