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 LENTES "PARA VERTE MEJOR"

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

B) FORMATOS: Lista de Solicitantes.

C) REQUISITOS:

1Copia de Credencial de Elector
1Copia Comprobante de Domicilio
1Copia de Curp
1 Copia de Póliza del Seguro Popular

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 AYUDAS EN ESPECIE A PERSONAS FÍSICAS DE ESCASOS RECURSOS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE: /L/PB/ /15

AYUDA OTORGADA

ANTEOJOS CON MICA BIFOCAL

FECHA DE CAMPAÑA: _____

FECHA DE ENTREGA: _____

CANALIZACIÓN: _____

C. MARÍA DEL CARMEN LINARES DOMINGUEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD
BENEFICENCIA PÚBLICA ESTATAL

Firma o huella de aprobación*

Dr. Armando Jonathan González Hernández
Cédula 6738974

Esfera		cilindro	eje	adición	Dip	Altura Oblea	
OD							
OI							
V. Sensilla							
Bifocal							

Empresa Beneficencia Pública Morelos N. FOLIO

Nombre Paciente: _____

Modelo Armazón: _____

Nombre y Firma de Recibido

Huella Digital

*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
www.morelos.gob.mx

UNIDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA ESTATAL.

RECIBO DE AYUDAS EN ESPECIE A PERSONAS FÍSICAS DE ESCASOS RECURSOS.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE: 99/LD/ /15

AYUDA OTORGADA: ANTEOJO - MICA PARA VISIÓN CERCANA

FECHA DE CAMPAÑA: _____

FECHA DE ENTREGA: _____

CANALIZACIÓN: _____

C. MARIA DEL CARMEN LINARES DOMINGUEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE
BENEFICENCIA PÚBLICA ESTATAL

Firma o huella de aprobación*

LENTE ENTREGADO		
GRADUACION		
OI		
V. Sencilla		
Bifocal		

Nombre del Paciente:
Modelo Armazón:

Nombre y Firma de Recibido

Huella Digital

*Términos y condiciones: Acepto que se use el Nombre y foto para efectos de transparencia en la entrega de mi Apoyo Funcional

CALLE QUINTAS NO. 15 COLONIA CANTARRANAS CUERNAVACA MORELOS C.P. 62443
TEL. 777 3 19 02 04 777 3 14 56 21