

Coordinación de Atención Ciudadana del DIF Municipal

Nombres de los programas sociales y Servicios.

- Brigadas de Asistencia Social “Construyendo Sonrisas”
- Apoyo Alimentario Para Adultos Mayores (DIGNIFICA TMX)
- Consejo de Adultos Mayores (ABUELOS TMX)
- Apoyo de aparatos ortopédicos (DIGNIFICA TMX)
- Apoyo de medicamentos
- Apoyo de análisis clínicos
- INAPAM
- Apoyo de pañales para adulto mayor

Formatos que se utilizan:

- Formatos de requisitos de despensas, aparatos ortopédicos, INAPAM
- Formato de Solicitud de diversos apoyos
- Formato de acta de donación
- Formato de estudios socio económicos
- Padrón de beneficiarios con despensa
- Padrón de beneficiarios con aparatos ortopédicos
- Padrón de beneficiarios con medicamentos
- Análisis clínicos
- Beneficiarios con la credencial del INAPAM

H. AYUNTAMIENTO DE TENOSIQUE

ACTA DE DONACIÓN

En el Edificio que ocupa el H. Ayuntamiento Constitucional del Municipio de Tenosique, Tabasco, Siendo las _____ horas, del día _____ del mes de _____ del 2016, se procedió a levantar el acta de la Coordinación General del DIF Municipal, de los siguientes artículos:

ENTREGO

RECIBIO

Lic. Reyna Isabel Clemente Custodio
Coordinadora General del DIF municipal.

TESTIGOS

Lic. Miguel Santiago Enríquez
Coordinador Administrativo Dif.

Ing. Marco A. Echavarría Landero
Coordinador de Atención Ciudadana Dif

TENOSIQUE, TABASCO A _____ 2016.

LIC. REYNA ISABEL CLEMENTE CUSTODIO
COORDINADORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL.

P R E S E N T E.

Por medio del presente le saludo con afecto, y a la vez le solicito a usted, su valioso apoyo con: _____ ya que soy de bajos recursos económicos y le pido su ayuda para el bien estar mío y el de mi familia.

Esperando verme favorecida (o) a esta petición le agradezco la atención prestada a la presente.

A T E N T A M E N T E

NO. DE EXPEDIENTE:
FECHA:

DIF MUNICIPAL TENOSIQUE
ESTUDIO SOCIOECONOMICO

I.-DATOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE:	
NOMBRE:	
EDAD:	ESTADO CIVIL:
DOMICILIO:	
PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:	

II.-DATOS DE IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO:		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	SEXO:
TIPO DE CENTRO DE TRABAJO:		
DOMICILIO PARTICULAR		
CALLE Y No. / INTERIOR O EXTERIOR	COLONIA:	POBLADO:
RACHERIA:	EJIDO:	ESTADO:

III.-INTEGRACION FAMILIAR:				
NOMBRE	EDAD	SEXO	PARENTESCO	OCUPACION

NUM. DE TEL. DEL SOLICITANTE:

NO. DE EXPEDIENTE:

DIF MUNICIPAL TENOSIQUE
ESTUDIO SOCIOECONOMICO

IV.-PERFIL DE VIVIENDA: (Observaciones Sensoriales):

V.-OBSERVACIONES DE TRABAJO SOCIAL:

VI.-SUGERENCIA DE LA TRABAJADORA SOCIAL:

TENOSIQUE, TAB.

DIA:

MES:

AÑO:

MARÍA DE JESÚS RICÁRDEZ CÓRDOVA
AREA DE TRABAJO SOCIAL DEL DIF

ING. MARCO A. ECHAVARRÍA LANDERO
COORD. DE ATENCION CIUDADANA DEL DIF

**H. AYUNTAMIENTO DE TENOSIQUE
DIF MUNICIPAL
COORDINACION DE ATENCION CIUDADANA**

Apoyo con **Análisis Clínicos** a Personas de Escasos Recursos

Nombre: _____ Folio: _____
Dirección: _____ Col./Loc: _____
Teléfono: _____ Fecha: _____
Atendió: _____ Proveedor: _____

Cant.	Concepto (Análisis)	Importe

ING. MARCOS A. ECHAVARRIA LANDERO
Coordinador de Atención Ciudadana DIF Municipal

Nombre y Firma
Autorizo

LIC. REYNA ISABEL CLEMENTE CUSTODIO
Coordinadora General del DIF Municipal

Nombre y Firma
Vo. Bo.

Nombre y Firma
Recibo

H. AYUNTAMIENTO DE TENOSIQUE
DIF MUNICIPAL
COORDINACION DE ATENCION CIUDADANA
Apoyo con Medicamentos a Personas de Escasos Recursos

Nombre: _____ Folio: _____
Dirección: _____ Col./Loc: _____
Teléfono: _____ Fecha: _____
Atendió: _____ Proveedor: _____

Cant.	Medicamento	

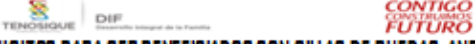
ING. MARCO A. ECHAVARRIA LANDERO
Coordinador de Atención Ciudadana DIF Municipal

Nombre y Firma
Autorizo

LIC. REYNA ISABEL CLEMENTE CUSTODIO
Coordinadora General del DIF Municipal

Nombre y Firma
Va. Bo.


Nombre y Firma
Recibo



REQUISITOS PARA SER BENEFICIADOS CON SILLAS DE RUEDAS, ANDADERAS, BASTONES, MULETAS, CARRÉOLAS ORTOPÉDICAS ETC.

- ELABORAR SOLICITUD DE APOYO, DIRIGIDO A LA LIC. REYNA ISABEL CLEMENTE CUSTODIO COORDINADORA GENERAL DEL DIF. TENOSIQUE
- CONSTANCIA MEDICA CON EL DIAGNOSTICO ACTUAL DEL PACIENTE
- COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR
- COPIA ACTA DE NACIMIENTO
- COPIA DE LA CURP
- COMPROBANTE DE DOMICILIO
- COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR DE LA FAMILIA QUE GESTIONA EL APOYO

Carretera 300 s/n. Col. La Primavera
Teléfono: (342) 2-08-32
E-mail: dif@tenosique.gob.mx
Tenosique, Quintana Roo

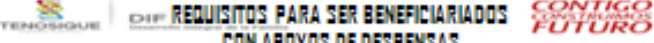


REQUISITOS PARA CREDENCIALES INAPAM

- 1 Copia acta de nacimiento
- 1 Copia de la credencial de elector
- 1 copia de la CURP
- 2 Fotografías tamaño infantil a color reciente.
- Tener 60 años cumplidos

Mas información en el DIF municipal.

Carretera 300 s/n. Col. La Primavera
Teléfono: (342) 2-08-32
E-mail: dif@tenosique.gob.mx
Tenosique, Quintana Roo **Tel. 34 2 - 08 - 32**



REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIOS CON APOYOS DE DESPENSAS

- Solicitud dirigida a la Lic. Reyna Isabel clemente custodio coordinadora general del DIF. Tenosique
- Credencial de lector
- Comprobante de domicilio
- No contar con ningún programa de apoyo
- Mayores de 65 años

Carretera 300 s/n. Col. La Primavera
Teléfono: (342) 2-08-32
E-mail: dif@tenosique.gob.mx
Tenosique, Quintana Roo

**DIF MUNICIPAL TENOSIQUE
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN CIUDADANA
TALLERES DE FORMACIÓN
CÉDULA DE INSCRIPCIÓN.**

DATOS PERSONALES		
NOMBRE COMPLETO:		
FECHA DE NACIMIENTO		R. F.C.
EDAD	SEXO	NACIONALIDAD
ESCOLARIDAD:		
ESTADO CIVIL:		
DOMICILIO PARTICULAR:		
TALLER	TURNO	HORARIO
LOCALIDAD	MUNICIPIO	ESTADO
TELEFONO	TELEFONO CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO:		

TENOSIQUE, TAB. A _____ DE _____ DEL 2016.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del alumno

SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: / /

H	M
---	---

 NO. FOLIO _____ CVE. MUV. _____
MÓDULO: _____ REVISO DOCUMENTOS _____ ELABORÓ TARJETA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO: _____

APELLIDO MATERNO: _____

NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: / / _____

ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO

CURP: _____

OTRO DOCUMENTO APROBATORIO: _____

DIRECCIÓN

CALLE Y NÚMERO: _____ TELÉFONO: _____

COLOONIA: _____ C. P. _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____

TELÉFONO: _____



Ordene los servicios en los que desea utilizar su Tarjeta INAPAM en orden de prioridad usando los números del 1 al 6 siendo 1 el de mayor importancia y 6 el de menor importancia

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Vestido y Calzado | <input type="checkbox"/> Medicamentos, Servicios de Salud |
| <input type="checkbox"/> Agua y Predial | <input type="checkbox"/> Recreación | <input type="checkbox"/> Transporte Local y Foráneo |

¿EN QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARÍA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM?

VIVE EN CASAPROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO _____

¿CUEENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SÍ NO

¿CON QUIÉN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO _____

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ NO

¿HABLA ALGÚN DIALECTO O LENGUA INDÍGENA? SÍ NO

¿RECIBE AYUDA DE ALGÚN PROGRAMA DE GOBIERNO? SÍ NO

¿CUÁL? _____

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS | <input type="checkbox"/> PADECIMIENTO NEUROLÓGICA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CÁNCEROSA |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> OTRA _____ |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD REUMÁTICA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RESPIRATORIA | |

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ NO ¿CUÁL?

PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN ANDADERA SILLA DE RUEDAS NINGUNO

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO SÍ NO OÍDO SÍ NO VISTA SÍ NO GUSTO SÍ NO

¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SÍ NO CUAL? _____

EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MÁS DE 2 CAÍDAS? NO SÍ EN DOMICILIO EN CALLE

¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? 1-3 4-7 MÁS DE 7 NINGUNO

Los datos personales serán recabados, protegidos, incorporados y tratados en el “Sistema de Datos Personales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores” (INAPAM) con fundamento en los artículos 2º fracción IV; 3º fracciones I, III, IV, VIII y IX; 4º fracción I y; 5º fracción II b; 13º; 24º y 28º fracciones V, VII, XV, XVI, XVII, y XIX de la ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Con la finalidad de conocer las características y necesidades de la población objetivo. El sistema de datos personales de INAPAM fue registrado ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La información podrá ser transmitida a la Dirección General del Registro Nacional de Población de Identificación Personal de la Secretaría de Gobernación, con la finalidad de que el registro Nacional de Población mantenga permanentemente actualizada su información, incorporando los avances tecnológicos disponibles para su funcionamiento (artículos 80 y 82 del Reglamento de la Ley General de Población) además de otras transmisiones previstas en la Ley. La unidad Administrativa responsable del sistema de datos personales es el Departamento de Afiliación del INAPAM, la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de sus datos personales ante la misma es en Peten núm. 419 col. Narvarte, delegación Benito Juárez C.P. 03020, México D.F. Lo anterior se informa en cumplimiento de Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, Publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Estoy enterado, recibí credencial de conformidad

Nombre y Firma