

Coordinación de Atención Ciudadana

Brindar atención personalizada con calidad y eficiencia a la población que asistan al DIF Municipal, para solicitar apoyo.

- Recepcionar las solicitudes de la ciudadanía.
- Realizar estudios socioeconómicos a las personas que soliciten apoyo.
- Integrar las comprobaciones de los apoyos otorgados.
- Coordinar los diversos talleres que ofrece el DIF Municipal.
- Apoyar en las brigadas que realiza el DIF Municipal.
- Realizar y entregar cada mes el informe de las solicitudes recepcionadas, a la Coordinación General.
- Las demás que en el ámbito de su competencia le delegue la superioridad.

Nombres de los Programas Sociales y Servicios.

- CONSEJOS DE ADULTOS MAYORES (ABUELOS TMX)
(Apoyo a Alimentario para Adultos Mayores)
- ENTREGA DE APARATOS ORTOPEDICOS (DIGNIFICA TMX)
(Apoyo con Aparatos Ortopédicos a Personas de Escasos Recursos Económicos con Discapacidad Permanente)
- APOYO ALIMENTARIO PARA POBLACIÓN VULNERABLE
- APOYO ALIMENTARIO PARA ADULTOS MAYORES (ABUELOS TMX)
(Apoyo Alimentario para Adultos Mayores)
- APOYO CON MEDICAMENTOS A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS
- APOYO CON ANÁLISIS CLÍNICOS A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS

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

Coordinador(a) General del DIF municipal.

TESTIGOS

Coordinador(a) Administrativo Dif.

Coordinador(a) de Atención Ciudadana Dif

TENOSIQUE, TABASCO A _____ de _____ 2016.

COORDINADOR(A) 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:

AREA DE TRABAJO SOCIAL DEL DIF

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

Coordinador de Atención Ciudadana DIF Municipal

Nombre y Firma
Autorizo

Coordinadora General del DIF Municipal

Nombre y Firma
Va. 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	

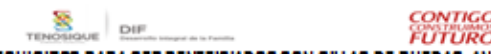
Coordinador de Atención Ciudadana DIF Municipal

Nombre y Firma
Autorizo

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 metros antes de la Estación de Ferrocarril, Tenosique, Campeche, México. Teléfono: 342-08-32. Correo electrónico: dmf@tenosique.gob.mx

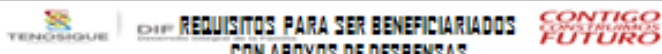


REQUISITOS PARA CREDENCIALES INAPAM

- 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 metros antes de la Estación de Ferrocarril, Tenosique, Campeche, México. Teléfono: 342-08-32. Correo electrónico: dmf@tenosique.gob.mx **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 metros antes de la Estación de Ferrocarril, Tenosique, Campeche, México. Teléfono: 342-08-32. Correo electrónico: dmf@tenosique.gob.mx



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
TARJETA INAPAM CARTÓN



SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: / / **H** **M** NO. FOLIO **UVE. MOV.**
MÓDULO: _____ REMISO DOCUMENTOS _____ FI ABORRÓ 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: _____

COLONIA: _____ C. P. _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____

TELÉFONO: _____

Ordene los servicios en los que piensa 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

- Alimentación Vestido y Calzado Medicamentos, Servicios de Salud
 Agua y Predial Recreación Transporte Local y Foráneo

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

VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO _____

¿CUENTA 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. Navarte, 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