



SOLICITUD DE APOYO FUNCIONAL

SILLAS DE RUEDAS	
Estándar adulto	
Estándar infantil	
P.C.A.	
P.C.I.	

ANDADERA	
Adulto sin ruedas	
Adulto con ruedas	
Infantil sin ruedas	
Infantil con ruedas	
Andadera Tipo Juanito	

BASTONES	
Cuatro puntos	
Invidente adulto	
Invidente infantil	
Puño alemán	

PAR DE MULETAS	
Axilares adulto	
Axilares infantil	
Canadienses adulto	
Canadienses infantil	

Carriola P.C.I.

Colchón de agua - aire

Nombre del solicitante: _____

Nombre del beneficiario: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Municipio: _____ Teléfono: _____

Tipo de discapacidad: Motriz Visual Auditiva Intelectual

Parte(s) afectada(s): _____ Edad a la que presentó la discapacidad: _____

Ocasionada por: _____

Usa algún aparato: Cual: _____

Camina solo: Con ayuda: Lo tienen que cargar:

Habla: Oye: Ve: Ambos ojos:

Observaciones: _____

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- Oficio de solicitud dirigida a la Dra. María Laura García Beltrán, Directora General.
- Dictamen médico que respalde la solicitud del apoyo funcional original y reciente
- Copia de identificación oficial con fotografía de la persona a beneficiar solo en caso de ser menor de edad deberá de ser de mamá ó papá
- Fotografía de cuerpo completo del beneficiario, lo mas reciente posible (No requiere ser de estudio fotográfico)
- Documento que acredite la situación socioeconómica (Estudio socioeconómico firmado y sellado por la autoridad correspondiente ó constancia de escasos recursos emitida por Secretario del H. Ayuntamiento o Presidenta / Directora de DIF Municipal