



DENOMINACIÓN DEL SERVICIO O TRÁMITE	TIPO DE USUARIO
Apoyo con Medicinas y/o Estudios Médicos o de Laboratorio, Aparatos y Auxiliares de Rehabilitación para atención a Población Vulnerable.	Población en situación de vulnerabilidad.
ÁREA DONDE SE REALIZA LA GESTIÓN	
DIF MUNICIPAL Calle 17 norte, número 1205, colonia Solares Chicos, Atlixco, Puebla, teléfono 244 44 63391. Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.	
DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL USUARIO	
Contribuir con acciones que permitan a las personas en condiciones de vulnerabilidad subsanar situaciones emergentes de salud, discapacidad alimentación y bienestar o pérdida de un familiar.	Alrededor de 30 días.
REQUISITOS	
<p>1.- Escrito de petición dirigido al Presidente Municipal o Presidenta del DIF Municipal.</p> <p>2.- Detallar de manera clara y específica en la solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none">a) El tipo de apoyo solicitado.b) Justificar los motivos de su solicitud.c) Cantidad y fechas en que necesita el apoyo que solicita.d) Nombre y firma del solicitante.e) En caso de que los posibles beneficiarios sean menores de edad, los padres, familiares directos, tutores o representante legal podrán realizar los trámites, siempre y cuando sean mayores de edad.f) Datos de localización: Domicilio, calle, número, colonia, código postal, municipio y/o localidad, proporcionar un número telefónico donde pueda ser localizado; estos son requisitos indispensables para poder dar continuidad a su trámite.g) Todas las solicitudes se manejan de manera individual, quedando excluidos peticiones grupales, colectivas, de congregaciones religiosas, de partidos políticos y/o asociaciones civiles. <p>3.- Fotocopia del Acta de Nacimiento del Beneficiario si es menor de edad.</p> <p>4.- Fotocopia de Identificación Oficial del Beneficiario, así como del solicitante, las cuales pueden ser: Credencial de elector, Pasaporte, Credencial Expedida por Institución Gubernamental con fotografía, Constancia de Identidad expedida por Autoridad Local o Municipal. En caso de que el Beneficiario sea menor de edad presentar copia de la CURP del Beneficiario y del Solicitante.</p> <p>5.- Fotocopia del comprobante de Domicilio con fecha de expedición no mayor a tres meses.</p> <p>6.- Constancia Médica con el diagnóstico del Paciente o receta médica del tratamiento.</p> <p>7.- La constancia o la receta deberá ser originales, en papel membretado, con una antigüedad hasta de tres meses a partir de la fecha de expedición y deberá contener la firma y número de la cedula profesional del médico que la expide. 8.- Estudio socioeconómico y o visita domiciliaria.</p>	
COSTO	
Sin costo.	
LUGAR DONDE SE REALIZA EL PAGO	
No aplica.	
SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO	
No aplica.	
FUNDAMENTO JURÍDICO – ADMINISTRATIVO	
Lineamientos para el Manejo del Fondo destinado para el Procedimiento de Atención a la Población Vulnerable	