



**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN**

| | | | | | |
|---|----|--|--|--|-----------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | | SERVICIO: | X |
| TRABAJO SOCIAL ENFOCADO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD (DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD) | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | CÓDIGO DE LA CÉDULA: | SMDIFH-DAD-08 | |
| ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CON NECESIDADES DE DETERMINACIÓN DE ESTRATO SOCIOECONÓMICO, ESTUDIO SOCIAL Y ORIENTACIÓN PARA SU INCLUSIÓN SOCIAL INTEGRAL. SE APOYA PARA LA GESTIÓN DE APOYOS Y PROGRAMAS DEL GOBIERNO MUNICIPAL Y ESTATAL DE LA COMPETENCIA DEL DIF | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | ARTÍCULO 41 FRACCIONES I Y II DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL DE MÉXICO Y MUNICIPIOS ARTÍCULO 137 FRACCIONES I Y II DEL REGLAMENTO ORGÁNICO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | ESTUDIO SOCIOECONÓMICO. | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | NO APLICA |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO X | DIRECCIÓN WEB | NO APLICA | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | | NO APLICA | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA. | | | NO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN | | |
| REQUISITOS: | | ORIGINAL ANOTAR SÍ O NO | COPIAS ANOTAR CON NÚMERO | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | |
| -COPIA CERTIFICADA DE NACIMIENTO -CLAVE ÚNICA DE REGISTRO (CURP) -IDENTIFICACIÓN OFICIAL -COMPROBANTE DE DOMICILIO MENOR DE EDAD -CURP -INE DE AMBOS PADRES -PRESENTARSE AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL PARA QUE SE LE OTORQUE LA ORIENTACIÓN DE LOS REQUISITOS A CUBRIR PARA CADA UNO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS A LOS QUE SE PUEDE APOYAR EN SU GESTIÓN U OBTENCIÓN DE UN SERVICIO -CLAVE ÚNICA DE REGISTRO (CURP) -IDENTIFICACIÓN OFICIAL -COMPROBANTE DE DOMICILIO | | NO | 1 | ARTÍCULO 160 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS. | |

| | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|---|--------------------------------------|-----|----------------------------|-----|
| CUANDO SEA MENOR DE EDAD ANEXAR ACTA DE NACIMIENTO | | | | | | | | |
| PERSONAS JURIDICO-COLECTIVAS | | | | | | | | |
| NO APLICA | | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | |
| NO APLICA | | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | | | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | SOLICITAR CITA EN RECEPCIÓN PARA TRABAJO SOCIAL SE ELABORA UNA ENTREVISTA PARA EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y LA CEDULA CIPOB DOCUMENTOS QUE SE INTEGRAN AL EXPEDIENTE | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 15 DÍAS HÁBILES. | | | | | | | |
| COSTO: | EXENTO | | NO APLICA | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | NO APLICA | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | NO APLICA | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE | POR NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS O NO ACUDIR A LAS CITAS | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA. | NO APLICA | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | |
| DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | | | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | LICENCIADA MA GUADALUPE ROSAS HERNÁNDEZ | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | CARRETERA HUIXQUILUCAN – SAN RAMÓN | | NO. INT. Y EXT.: | NO.66 | | | |
| COLONIA: | SAN JUAN BAUTISTA | | MUNICIPIO: | HUIXQUILUCAN | | | | |
| C.P.: | 52760 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES, MIÉRCOLES, JUEVES: 9:00 A 17:00 HR VIERNES: 9:00 A 15:00 HR | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| 55 | 82842401 | | N/A | N/A | paola.salazar@difhuixquilucan.gob.mx | | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | | |
| OFICINA: | UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL URIS SAN FERNANDO | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | C.D. PAOLA IVETTE SALAZAR VÁZQUEZ | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|----------------------------|--|-----|
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. SAN FERNANDO | | NO. INT. Y EXT.: | S/N |
| COLONIA: | SAN FERNANDO | | MUNICIPIO: | HUIXQUILUCAN | |
| C.P.: | 52765 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | MARTES DE 9:00 A 17:00 HRS | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 55 | 21279211 | N/A | N/A | paola.salazar@difhuixquilucan.gob.mx | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | NO APLICA | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | SI SOY MAYOR DE EDAD Y SUFRO DE ALGUNA DISCAPACIDAD, ¿NECESITO QUE ALGÚN TUTOR ACUDA EN COMPAÑÍA? | | | | |
| RESPUESTA: | SI | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿CADA CUÁNDO SERÁN LAS TERAPIAS? | | | | |
| RESPUESTA: | EL TERAPEUTA LES ASIGNA LOS HORARIOS DE TERAPIAS | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿CÓMO TRAMITAR UNA DONACIÓN DE SILLA DE RUEDAS? | | | | |
| RESPUESTA: | ES UN TRÁMITE LARGO PORQUE ES UNA DONACIÓN DE DIF ESTADO DE MÉXICO SE TIENE QUE ELABORAR UN EXPEDIENTE INTEGRADO POR CURP, INE, COMPROBANTE DE DOMICILIO Y RESUMEN MEDICO EN DONDE CONSTE QUE NECESITA LA SILLA DE RUEDAS CON LA DOCUMENTACIÓN SE INTEGRA EL EXPEDIENTE Y SE SUBE LA INFORMACIÓN A LA PLATAFORMA DE DIFEM Y ESPERAR A LA RESPUESTA POR PARTE DE DIFEM | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NO APLICA | | | | | |
| ELABORÓ:  DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. C.D. PAOLA IVETTE SALAZAR VÁZQUEZ | | VISTO BUENO:  DIRECCIÓN GENERAL LIC. MA GUADALUPE ROSAS HERNÁNDEZ DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31 DE AGOSTO DEL 2023 | |