|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA** | **OBJETIVO** | **ÁREA/UNIDAD QUE LO IMPLEMENTA Ó ES RESPONSABLE** | **FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL PROGRAMA** | **CRITERIOS PARA OTORGARLO/APLICARLO** | **TRÁMITES Y REQUISITOS PARA ACCEDER AL PROGRAMA** | **FORMATOS QUE SE REQUIEREN** | **LUGAR, DÍAS Y HORARIO DE ATENCIÓN** | **COSTO** | **DESTINATARIO(S) DEL PROGRAMA** | **PRESUPUESTO ANUAL** |
| **Ayudas sociales a personas** | Contribuir a la protección y rehabilitación de las personas con discapacidad que se encuentren en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, mediante la donación de ayudas funcionales que les permita modificar y mejorar aquellas circunstancias de carácter social que les impida su desarrollo integral, así como subsidiar con recursos médicos a las personas que requieran algún tipo de servicio hospitalario que no cubra la seguridad social y que esté fuera del catálogo de servicios del SMDIF, a fin de lograr su incorporación a una vida plena y productiva | Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social del Sistema Municipal DIF | Laura Carolina Márquez Pineda | El expediente debe estar completamente integrado y sin alteraciones.  No haber sido beneficiado con alguna ayuda funcional o gasto médico menos de un año la fecha actual en la que solicita el apoyo.  Valoración del estudio socioeconómico, el cual en su interpretación debe dar como resultado porcentaje de apoyo ó donación de aparato funcional.  Tener una o más de una discapacidad  Ser sujeto de asistencia social (Conforme a lo dispuesto a la Ley de Asistencia Social)  Pertenecer preferentemente a una Zona de Atención Prioritaria dentro del Municipio de Puebla (Conforme a lo publicado en el Diario Oficial de la Federación vigente) | Oficio de solicitud dirigido a la Presidenta del Patronato del SMDIF. En su caso se puede utilizar el formato de solicitud.  Copia de credencial para votar, en caso de no tener, presentar Constancia de Identidad emitida por la junta auxiliar cercana al domicilio del solicitante.  En caso de ser menor de edad se presenta copia de acta de nacimiento y credencial para votar del padre o tutor.  Comprobante domiciliario no mayor a tres meses. En caso de no tener constancia de vecindad.  Comprobar situación socioeconómica a través del estudio que se realiza en el área de Trabajo Social del SMDIF.  Para el caso de solicitar ayudas funcionales Dictamen médico preferentemente del sector salud en original y no mayor a tres meses. El dictamen debe indicar que tipo de ayuda funcional necesita el paciente, así mismo debe contener la firma y cédula del médico que suscribe.  En caso de solicitar auxiliar auditivo, se presenta audiometría original  En caso de solicitar lentes, se presente al área de optometría.  En caso de solicitar prótesis, órtesis, o zapato ortopédico, se presenta valoración y presupuesto del CREE  El trámite es personal o en su caso, mediante algún familiar o allegado al paciente. Requisitos específicos  Para solicitar medicamento o estudio de laboratorio, presentar orden médica o receta original vigente (un mes de antigüedad) del Sector Salud preferentemente, con cotización del medicamento o estudios de laboratorio solicitado (Debe venir en hoja membretada, nombre y firma del proveedor)  Para solicitar pago de cuenta de hospital, debe presentar estado de cuenta del hospital del Sector Salud, preferentemente (Debe venir en hoja membretada, nombre y firma).  Para solicitar prótesis quirúrgica, debe presentar dictamen médico y/o orden médica del Sector Salud preferentemente, con las especificaciones concretas de la prótesis. Así mismo debe incluir el presupuesto de la prótesis, con membrete, nombre y firma del proveedor. | Formato de Solicitud de Apoyo  **FORM.654-B/SMDIF/0316**  Formato de Estudio Socioeconómico  **FORM.652-B/SMDIF/0516**  Recibo de conformidad  **FORM.656-B/SMDIF/0316**  Recibo de donación  **FORM.655-B/SMDIF/0316**  Formato de solicitud de aprobación  **FORM.733-B/SMDIF/0316** | Unidad Médica Integral del Sistema Municipal DIF.  Avenida Cue Merlo 201. Colonia San Baltazar Campeche, Puebla, Pue.  Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. | Gratuito | Ciudadanos del Municipio de Puebla que se encuentren en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental. | $ 700,000.00 |

**NOTA:“*Para formatos requisitados, dirigirse al área responsable”***

**Responsables de la Información Generada:**

**Irais Castillo Toxqui**

**Analista**

**Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social del Sistema Municipal DIF**