



OFICIO No. DGHAT/04/005/2026
DEPENDENCIA: Despacho Gestor
ASUNTO: El que se indica

LCP. JUAN JOSE LOPEZ JACOBO
Titular de la Unidad De Transparencia UTIP
P R E S E N T E:

Por medio del presente, reciba un cordial saludo. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que, derivado de la gestión realizada por la Presidenta Municipal ante la Secretaría de Asistencia Social del Gobierno del Estado de Jalisco, y en el marco del convenio de colaboración existente entre el Gobierno Federal y el Gobierno Estatal, se llevará a cabo la apertura del **Programa de Beneficencia Pública**, el cual corresponde a un apoyo de carácter federal.

Dicho programa estará vigente en el periodo comprendido del lunes 6 de abril al 15 de abril de 2026, y contempla la entrega de los siguientes apoyos:

APOYOS NO QUIRÚRGICOS:

- Auxiliares auditivos
- Lentes de armazón
- Apoyos de movilidad:
- Silla de ruedas estándar
- Silla de ruedas PCI
- Silla de ruedas PCA
- Silla de baño para adulto
- Andadera
- Muletas
- Bastón de 1 punto
- Bastón de 4 puntos
- Prótesis externa de mama

APOYOS QUIRÚRGICOS:

- Prótesis / Cirugía de reconstrucción de mama
- Prótesis / Cirugía de rodilla
- Prótesis / Cirugía de cadera



- Kit / Cirugía de catarata

De igual manera, se informa que se anexan al presente los requisitos para la integración del expediente de las personas solicitantes.

En virtud de lo anterior, y con fundamento en los principios de máxima publicidad, transparencia y actualización de la información pública previstos en la normatividad aplicable en materia de transparencia y acceso a la información pública, se solicita atentamente se realice la *actualización correspondiente en el apartado de apoyos dentro del portal de Transparencia*, a fin de mantener la información vigente, clara y accesible para la ciudadanía.

Sin otro particular, quedo a sus órdenes para cualquier información adicional.

ATENTAMENTE

TAMAZULA DE GORDIANO JALISCO, A 06 DE ABRIL DE 2026.



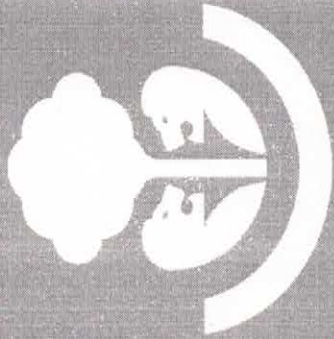
Andrea Rodríguez T.

C. ANDREA RODRIGUEZ TEJEDA

Directora de Despacho Gestor del H. Ayuntamiento Constitucional
De Tamazula de Gordiano, Jalisco.

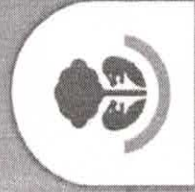


Gobierno de Jalisco



Sistema de Asistencia Social

GOBIERNO
AL ESTILO
Jalisco



RECOMENDACIONES IMPORTANTES

- Uso exclusivo de **tinta azul** tanto para el llenado, como colocación de huella dactilar.
- La información deberá escribirse de manera clara, legible y sin abreviaturas.
- Prohibido el uso de corrector (de cualquier tipo).
- NO se permiten tachaduras, enmendaduras, ni alteraciones de ningún tipo.
- NO se deberá doblar, engrapar o dañar el expediente.
- Todos los campos deberán ser completados en su totalidad, sin dejar espacios en blanco y llenados según indique el campo (según se solicite: **X** o número).





1.- DATOS DEL BENEFICIARIO		NOMBRE (S)	
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	<input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFERE NO RESPONDER
EDAD	TELÉFONO	SEÑO	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			
AÑO	DÍA	LUGAR	
DOMICILIO			
CALLE	NÚMERO	COLOMBIA	CODIGO POSTAL
ALCANTARILLO/MUNICIPIO		ESTADO	
<input type="checkbox"/> SIN ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/> PRIMARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/> PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO / PREPARATORIA <input type="checkbox"/> CARRERA TÉCNICA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA <input type="checkbox"/> POSGRADO			
INGRESOS		OCCUPACIÓN	
<input type="checkbox"/> SIN INGRESOS / <input type="checkbox"/> MENOS DE \$5,000 <input type="checkbox"/> DE \$5,001 A \$6,000 <input type="checkbox"/> DE \$6,001 A \$10,000 <input type="checkbox"/> DE \$10,001 A \$15,000 <input type="checkbox"/> MÁS DE \$15,000			
INGRESOS		ESTRUCO CIVIL	
<input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)			
2.- APOYO SOLICITADO A LA ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA			
APOYO EN ESPECIE:			

Nombre completo sin abreviaturas.

MARCAR CON UNA X LA CASILLA INDICADA

Tipo de ayuda o insumo solicitado.

El domicilio debe ser el mismo que en el comprobante presentado.

El ingreso es MENSUAL NO debe ser menor a \$6,000 pesos MX.



2026
MAYORÍA
Maza





Los gastos mencionados en este apartado son todos los pagos mensuales de los habitantes del domicilio.

El total no deberá exceder los \$6,000 pesos

Ejemplo

La cantidad debe ser la misma que en la hoja anterior (ingresos).

TODOS los espacios deberán ser marcados con una X. En caso que sea SÍ/NO, o la cantidad 1/0 respectivamente.

NO olvidar el espacio OTROS.

5.- GASTO MENSUAL FAMILIAR (DESCRIBIR EL GASTO POR CADA RUBRO)		SIN GASTO / NO APLICA	CANTIDAD MENSUAL EN PESOS MEXICANOS
ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$3,000
SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$2,400
VIVIENDA (MANTENIMIENTO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$600
SERVICIOS PÚBLICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIVIENDA (RENTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTROS GASTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TOTAL DE EGRESOS MENSUALES: \$6,000			

6.1.- VIVIENDA.- CARACTERÍSTICAS GENERALES		OPCIONES	
ZONA	<input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> SUBURBANA <input type="checkbox"/> RURAL	DEPARTAMENTO	<input type="checkbox"/> CUARTO <input type="checkbox"/> OTRO
TIPO DE VIVIENDA	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> PRESTADA	RENTADA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RECIPIENTE DE PROPIEDAD	<input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> ALIENACIÓN		

6.2.- SERVICIOS Y EQUIPAMIENTO		ESPACIO DE LA VIVIENDA	
CONCEPTO	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESPACIO	CANTIDAD
LUZ	<input type="checkbox"/>	SALA	
AGUA	<input type="checkbox"/>	COMEDOR	
GAS	<input type="checkbox"/>	RECAMARAS	
DIRINAJE	<input type="checkbox"/>	COCINA	
TELÉFONO	<input type="checkbox"/>	BALCÓN	
PAVIMENTO	<input type="checkbox"/>	OTROS	
TRANSPORTE PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	ESPECÍFICO	
OTROS	<input type="checkbox"/>	OTROS	

6.4.- TIPO DE CONSTRUCCIÓN		MATERIAL	
ELEMENTO	<input type="checkbox"/> BLOQUE <input type="checkbox"/> TABIQUE <input type="checkbox"/> MADERA <input type="checkbox"/> LÁMINA <input type="checkbox"/> OTRO	PAREDES	<input type="checkbox"/> LÁMINA <input type="checkbox"/> OTRO
TECHO	<input type="checkbox"/> LADRILLO <input type="checkbox"/> LADRILLO <input type="checkbox"/> TIERRA <input type="checkbox"/> OTRO	TECHO	<input type="checkbox"/> LADRILLO <input type="checkbox"/> OTRO
PISO	<input type="checkbox"/> CERAMICO <input type="checkbox"/> AZULEJO / LOSETA / MUSALCO <input type="checkbox"/> TIERRA <input type="checkbox"/> OTRO	PISO	<input type="checkbox"/> CERAMICO <input type="checkbox"/> OTRO

A criterio colocar sólo los servicios básicos.



2026
María Guadalupe Maza



7.- SALUD DEL BENEFICIARIO		INFORMACIÓN	
PADECIMIENTO ACTUAL			
CAUSA			
RECIBE ATENCIÓN MÉDICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OTRO.		
8.- DATOS DE TRABAJO SOCIAL			
NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL Y CÉDULA	Secretaría del Sistema de Asistencia Social		
DEPENDENCIA ORGANIZADORA	Av. Normalistas #595 Guadaluajara Jalisco. 3330301212		
DIRECCIÓN Y TELÉFONO	AÑO: 2026	MES:	DÍA:
LUGAR DE APLICACIÓN			
9.- EVALUACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL:			
¿EL SOLICITANTE ES CANDIDATO(A) A RECIBIR APOYO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA EN MATERIA DE SALUD?			
		SI	NO
<p><small>*YO, EL SOLICITANTE VOTO BENEFICARIO MANIFIESTO QUE LOS DATOS ADICIONALES QUE PROPORCIONÉ BAJO PRETEXTO DE DEBER LA VERDAD SON FALSOS, RECONOCIENDO DE LA VERDAD DE LOS HECHOS, ADIRTIENDO QUE SU FALSIEDAD ME HA PERJUDICADO EN MI PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS ELECTORALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE SE HAN USADO PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTOS DATOS, POR LO QUE LA INTERVENCIÓN REALIZADA POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA EN LA DIRECCIÓN DEL BENEFICARIO EN SU DEFECTO POR VIA TELEFÓNICA.</small></p>			
<p>FIRMA Y O HUELLA DEL INTERVIEWADO</p>		<p>FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL</p>	
<p><small>EL INTERVIEWADO CONFIESTA EN SU VERACIDAD Y VERDAD EN LOS DATOS QUE PROPORCIONÓ EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD. EL INTERVIEWADO NO ES AUTORIZADO POR NINGUNO DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE SE HAN USADO PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTOS DATOS, POR LO QUE LA INTERVENCIÓN REALIZADA POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA EN LA DIRECCIÓN DEL BENEFICARIO DEBERÁ SER DENUNCIADO Y SANCIONADO DE ACUERDO CON LA LEY APLICABLE Y ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.</small></p>			

Cómo fue adquirida la discapacidad:
-Nacimiento (Congénito)
-Adquirida.

Breve evaluación del porque debe ser beneficiario del programa.

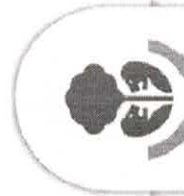
Firma o huellas de la persona que solicita el apoyo. La firma deberá coincidir con la que aparece en la INE.

Nombre del padecimiento tal cual lo estipula en el certificado médico.

Estos campos DEBERÁN llenarse con estos datos.

Municipio donde se elabora la solicitud o expediente.

A criterio propio de quien levanta el expediente.





3. CARTA SOLICITATORIA

Lugar: _____ de 2026
Fecha: _____

LIC. JOSÉ ALFREDO CORDERO ESQUIVEL
DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN
DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
PRESENTE

El que suscribe (nombre del solicitante), C. _____ en mi carácter de:
 Beneficiario(a),
 Peticionario(a) en representación del beneficiario*.

solicito el apoyo de este Organismo Desconcentrado para recibir necesario(a) para el mejoramiento de la salud y calidad de vida, permitiendo la reincorporación a las actividades cotidianas.

En caso de actuar como peticionario(a), señalo los siguientes datos del beneficiario*:

Nombre del beneficiario: _____
Relación con el beneficiario: _____

Por este medio, una vez recibido el apoyo, me comprometo a:

1. Utilizar —o vigilar que se utilice— de manera adecuada el apoyo otorgado por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, conforme a las indicaciones y recomendaciones emitidas por el médico tratante, para su correcto aprovechamiento.
 2. Asistir —o llevar al beneficiario— a las terapias de rehabilitación no hospitalarias y/o cualquier otra que sea requerida para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida.
- Sin más por el momento, reitero mi compromiso y responsabilidad sobre el uso adecuado del apoyo recibido.

Acentadamente

Firma o huellas de la persona que solicita el apoyo. La firma deberá coincidir con la que aparece en la INE.

Firma y/o huella del solicitante

*Los apartados deberán ser llenados por el peticionario(a) únicamente cuando el beneficiario sea menor de edad o una persona con discapacidad física y/o cognitiva que le impida asumir por sí mismo el cuidado y uso del apoyo otorgado.



2026
Margarita
Maza

Resolución: _____
www.gob.jalisco.gub.jalisco.gob.mx

Lugar y fecha del día que se levanta el expediente.

Nombre del apoyo o insumo solicitado.

En caso de ser la misma persona beneficiaria o solicitante, este apartado quedará en blanco.



AVISO DE PRIVACIDAD

Respecto a la política de privacidad de los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública, informamos a Usted los términos de uso de los datos personales de Usted. Por favor, le pedimos que lea con atención este aviso de privacidad y que lo firme en el espacio que se le indica. Este aviso de privacidad tiene como finalidad proteger los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Este aviso de privacidad tiene como finalidad informar a los beneficiarios de la Beneficencia Pública que sus datos personales serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

1. Nombre completo	2. Sexo	3. Fecha de nacimiento
4. Lugar de nacimiento	5. Estado de nacimiento	6. Fecha de ingreso
7. Lugar de residencia	8. Estado de residencia	9. Fecha de ingreso
10. Lugar de trabajo	11. Estado de trabajo	12. Fecha de ingreso

13. Lugar de estudio	14. Estado de estudio	15. Fecha de ingreso
16. Lugar de retiro	17. Estado de retiro	18. Fecha de ingreso
19. Lugar de retiro	20. Estado de retiro	21. Fecha de ingreso

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley. Los datos personales de los beneficiarios de la Beneficencia Pública serán utilizados para el desarrollo de las actividades de la Beneficencia Pública, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y el Reglamento de esta Ley.

Este formato deberá estar firmado por el solicitante, ya que éste es el aviso de privacidad, el cual garantiza que sus datos serán usados de manera en que el programa lo marca y los datos proporcionados por el solicitante son verdaderos.

La firma deberá coincidir con la que aparece en la INE.



2026
Margarita Maza

INTEGRACION DEL EXPEDIENTE

No.	DOCUMENTO	CARACTERÍSTICAS
1.	CURP vigente (2025)	<ul style="list-style-type: none"> Unicamente de la persona beneficiaria.
2.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD OFICIAL VIGENTE: (INEC, Pasaporte, constancia de identidad expedida por el municipio o ayuntamiento).	<ul style="list-style-type: none"> En caso de que el apoyo sea solicitado para una persona MAYOR DE EDAD que no pueda valerse por sí misma y requiere tutor, deberá incluirse también el documento de identidad del beneficiario, debiendo adjuntar ambos documentos.
3.	COMPROMISANTE DE DOMICILIO (agua, predial, luz o constancia de residencia expedida por el ayuntamiento o municipio).	<ul style="list-style-type: none"> Con una antigüedad no mayor a UN (1) mes. Debe corresponder al municipio/localidad donde se realiza el trámite. Deberá ser expedido por una institución pública de salud, en hoja membretada y con sello oficial. No se aceptarán documentos emitidos por el IMSS ni por el ISSSTE. Deberá incluir fecha de emisión, nombre completo y edad del beneficiario, así como el diagnóstico o padecimiento. Deberá describir de manera clara el ingreso o apoyo solicitado, especificando tipo, características, modalidad y cantidad, sin mencionar marcas, proveedores ni distribuidores. Deberá contar con firma, nombre y cédula profesional del médico tratante; de tratarse de familiar, podrá anexarse estudios o evidencia médica que respalden el padecimiento.
4.	DOCUMENTO MÉDICO: Presentar uno de los siguientes documentos: <ol style="list-style-type: none"> Dictamen médico. Recetas médicas. Certificado de incapacidad. Certificado de ocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> Los siguientes documentos deberán presentarse debidamente requisitados y firmados por el solicitante: <ul style="list-style-type: none"> Carta de solicitud. Fotografía socioeconómica, Carta compromiso. Aviso de privacidad.
5.	EXPEDIENTE ÚNICO DE SOLICITUDES DE APOYO	<ul style="list-style-type: none"> Debidamente requisitado. La evidencia fotográfica puede ser en formatos digitales.
6.	RECIBO DE ENTREGA, CONSTANCIA DE COLOCACION	<ul style="list-style-type: none"> Debidamente requisitado. La evidencia fotográfica puede ser en formatos digitales.
7.	RESUMEN OPERATORIO POST (cuando aplique)	<ul style="list-style-type: none"> Con los comentarios, pronósticos y firma del médico tratante.

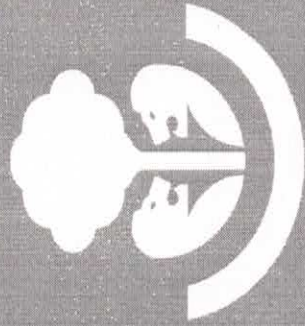
La CURP tiene que ser del mes en que se levanta el expediente.

Leer con suma atención las características del cómo se solicitan los documentos de los puntos 1,2,3 y 4.

Omitir puntos #6 y #7, ya que éstos los facilita el hospital.

*Nota: Para los siguientes apoyos no será necesario adjuntar documento médico: Bastón de uno y cuatro puntos, Muletas, Andaderas, Lentas de armazón y Auxiliares auditivos para mayores de 7 años.

Gobierno de Jalisco



Sistema de Asistencia Social

GOBIERNO
AL ESTILO
Jalisco



INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE

No.	DOCUMENTO	CARACTERÍSTICAS
1	CURP vigente (2026)	<ul style="list-style-type: none"> Únicamente de la persona beneficiaria .
2	DOCUMENTO DE IDENTIDAD OFICIAL VIGENTE: (INE, Pasaporte, constancia de identidad expedida por el municipio o ayuntamiento).	<ul style="list-style-type: none"> Del solicitante, En caso de que el apoyo sea solicitado para una persona MAYOR DE EDAD que no pueda valerse por sí misma y requiera tutor, deberá incluirse también el documento de identidad del beneficiario, debiendo adjuntar ambos documentos.
3	COMPROBANTE DE DOMICILIO (agua, predial, luz o constancia de residencia expedida por el ayuntamiento o municipio).	<ul style="list-style-type: none"> Con una antigüedad no mayor a UN (1) mes. Debe corresponder al municipio/localidad donde se realiza el trámite.
4	DOCUMENTO MÉDICO: Presentar uno de los siguientes documentos: a) Dictamen médico, b) Resumen clínico, c) Certificado de discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> Deberá ser expedido por una institución pública de salud, en hoja membretada y con sello oficial, No se aceptarán documentos emitidos por el IMSS ni por el ISSSTE. Deberá incluir fecha de emisión, nombre completo y edad del beneficiario, así como el diagnóstico o padecimiento. Deberá describir de manera clara el insumo o apoyo solicitado, especificando tipo, características, medida y cantidad, sin mencionar marcas, proveedores ni distribuidores. Deberá contar con firma, nombre y cédula profesional del médico tratante. De manera opcional, podrán anexarse estudios o evidencias médicas que respalden el padecimiento,
5	EXPEDIENTE ÚNICO DE SOLICITUDES DE APOYO	<ul style="list-style-type: none"> Los siguientes documentos deberán presentarse debidamente requisitados y firmados por el solicitante: Carta de solicitud. Estudio socioeconómico, Carta compromiso. Aviso de privacidad.
6	RECIBO DE ENTREGA, CONSTANCIA DE COLOCACIÓN (acompañada de la evidencia fotográfica y/o etiquetas del material)	<ul style="list-style-type: none"> Debidamente requisitado. La evidencia fotográfica puede ser en formatos digitales.
7	RESUMEN OPERATORIO POST (cuando aplique)	<ul style="list-style-type: none"> Con los comentarios, pronóstico y firma del médico tratante,

***Nota: Para los siguientes apoyos no será necesario adjuntar documento médico: Bastón de uno y cuatro puntos, Muletas, Andaderas, Lentes de armazón y Auxiliares auditivos para mayores de 7 años.**