**SOLICITUD DE APOYO FUNCIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SILLAS DE RUEDAS** | |  | **ANDADERA** | |  | **BASTONES** | |  | **PAR DE MULETAS** | |
| Estándar Adulto |  |  | Adulto Sin Ruedas |  |  | Cuatro Puntos |  |  | Axilar Adulto |  |
| Est. Infantil 14” |  |  | Adulto Con Ruedas |  |  | Blanco Adulto |  |  | Axilar Infantil |  |
| Est. Juvenil 16” |  |  | Infantil Sin Ruedas |  |  | Blanco Infantil |  |  | Canadiense Adulto |  |
| P.C.A. |  |  | Infantil Con Ruedas |  |  | Puño Alemán |  |  | Canadiense Infantil |  |
| P.C.I. |  |  | Tipo Juanito Inf. |  |  |  |  |  |  |  |
| Sobrepeso |  |  | Tipo Juanito Juv. |  |  |  |  |  |  |  |
| Eléctrica |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

­

Km. 1.5 Carretera Xalapa-Coatepec Col. Benito Juárez,

C.P. 91070, Xalapa, Veracruz, México  
Tel. (228) 842 37 30 / 842 37 37  
[**www.difver.gob.mx**](http://www.difver.gob.mx)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Carriola P.C.I.** |  |  | **Colchón de Agua - Aire** |  |

**Nombre del solicitante**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del beneficiario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar y fecha de nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Indígena:** \_\_\_\_\_ **Edo. Civil:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Localidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de discapacidad: Motriz:** \_\_\_\_\_\_ **Visual:** \_\_\_\_\_\_ **Auditiva:** \_\_\_\_\_\_\_ **Intelectual:** \_\_\_\_\_\_\_

**Parte(s) afectada(s):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Edad en 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 del beneficiario en escrito libre, dirigido a la Lic. Rebeca Quintanar Barceló, Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.** * **Constancia, Certificado o Dictamen Médico que respalde la solicitud del Apoyo Funcional que se requiera, en original y reciente, firma del médico, cédula profesional, membretado y sellado por la Institución que lo elabore.** * **Copia de identificación oficial con fotografía de la persona a beneficiar, si no cuenta con ésta, podrá ser una Constancia de Identidad emitida por el Secretario del Ayuntamiento, con fotografía infantil al calce, en papel membretado y sellado, en caso de ser menor de edad deberá ser la del tutor.** * **CURP del beneficiario** * **Fotografía de cuerpo completo del beneficiario, lo más reciente posible** * **Estudio Socioeconómico con nombre y firma de quien lo elabora o Constancia de Escasos Recursos emitida por Secretario del H. Ayuntamiento o Presidente(a) o Director(a) de DIF Municipal correspondiente). Para todos los casos en original, papel membretado y sellado.** | |