

SERVICIO

BIENESTAR EN TU HOGAR

“En congruencia con lo establecido en la Ley Nacional para eliminar Trámites burocráticos, se expide el siguiente formato”

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Apoyo en especie con tinacos de 1,100 litros
---------------------------------	----------------------------------------------

HOMOCLAVE O CLAVE	SBS-BEH-006
--------------------------	-------------

FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO

Artículo 8 de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; artículos 4 fracción IV, 6 y 12 de la Ley de Desarrollo Social del Estado de Hidalgo; acuerdo 1 objetivo 1.3.1 del Plan Municipal de Desarrollo 2024-2027 y, artículos 2 fracción VI.VII Y VIII, 3° fracción XXVI, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 16, 17 al 19, 21, 23, 24, 26, 46, 48, 52 al 54, 59, 60, 67, 81 al 83, 87, 96, 97, 110, 113, 114, 166, 118, 120, 122, 127, 169, 170, 174, 178, 185, 191 y 194 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Hidalgo.

CASOS EN LOS QUE EL SERVICIO DEBE PROPORCIONARSE	Personas cuyas viviendas no tienen capacidad de almacenamiento de agua potable.
---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

TIPO DE SERVICIO CIUDADANO / EMPRESARIAL	Ciudadano
NÚMERO DE COPIAS	Una

TIPO DE SOLICITUD DEL SERVICIO

ESCRITO LIBRE ()
FORMATO TIPO (X)

INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN

OBJETIVO	Que el tinaco se utilice en la vivienda de la persona beneficiaria
CONTACTO	teléfono de contacto con acceso a redes sociales para envío de fotografía de evidencia
INSPECTOR / VERIFICADOR	
HORARIOS DE ATENCIÓN	Lunes a viernes de 9 am a 4 pm

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

ORIGINAL

COPIA

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE ACUERDO AL TRÁMITE:

	ORIGINAL	COPIA
Identificación oficial (INE verificada)	X X	X X
Comprobante de domicilio (no mayor a 90 días)	X X	X X
CURP certificada	X	X
Acta de nacimiento actualizada del solicitante	X	X
Fotografía de solicitante frente a su vivienda y lugar donde se instalara el tinaco	X	X
Formato de solicitud de apoyo con número telefónico	X	X
Formato de estudio socioeconómico	X	X
Formato carta bajo protesta de decir verdad	X	X
Acta de nacimiento actualizada de menores y adultos mayores (o INAPAM)	X	X
Formato asignación de folio, lista de documentos y verificación preliminar de criterios de priorización	X	X
Formato carta de agradecimiento	X	X
Formato de control de documentos	X	X



PLAZO MÁXIMO DEL SUJETO OBLIGADO PARA BRINDAR EL SERVICIO	4 MESES
------------------------------------------------------------------	----------------

COSTO, ÁREA DE PAGO Y FUNDAMENTO JURIDICO DEL COBRO	MONTO Y FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA Servicio gratuito
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

VIGENCIA DEL TRÁMITE A OBTENER	No aplica
---------------------------------------	------------------

DIRECCIÓN RESPONSABLE	DIRECCIÓN Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS Coordinación de Programas Sociales de la Dirección de Desarrollo e Inclusión Social
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	Lunes a viernes de 9:00 am a 4:00 pm
----------------------------------------	---------------------------------------------

CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
<ul style="list-style-type: none">● Se presenta la persona a la oficina de la Coordinación de Programas Sociales solicitando orientación● Se informa a la persona sobre el apoyo que se otorga, los requisitos que debe cumplir y, se le orienta para consultar la convocatoria pública del programa● La persona debe presentar la documentación, en las fechas establecidas, responder al estudio socioeconómico y, revisar la publicación de resultados.● Se informa a las personas beneficiadas la fecha y horario para entrega de su apoyo, así como la documentación que debe presentar

	LUGAR DONDE SE PRESTA EL SERVICIO
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO	PLCN Sharon Tinajero Zurita
DIRECCIÓN	Coordinación de Programas Sociales
DOMICILIO	Calle Allende s/n Colonia Centro C.P. 43800 Tizayuca, Hidalgo
NUMERO TELEFONICO	5664014582
CORREO ELECTRONICO	deis@tizayuca.gob.mx
CONTACTO PARA QUEJAS	contraloria@tizayuca.gob.mx

PUEDE CONSULTAR EL AVISO DE PRIVACIDAD EN LA PÁGINA DEL MUNICIPIO	https://tizayuca.gob.mx
--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------