

SERVICIO

APOYO PARA GASTOS MEDICOS

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

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	SE REALIZA EXPEDIENTE CON LOS DOCUMENTOS PROBATORIOS QUE DETERMINE LA CUENTA CORRIENTE, O LO SOLICITADO PARA SU PRONTO PAGO Y PUEDAN SER DADOS DE ALTA O SU ATENCIÓN SEA INMEDIATA PARA NO PONER EN RIESGO SU SALUD Y SE REALICE SU VALORACIÓN MEDICA
---------------------------------	---

HOMOCLAVE O CLAVE	SDIFM-AGM-004
--------------------------	---------------

FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO

“EN CONGRUENCIA CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 7, CAPITULO III, FRACCIÓN VI Y XIII DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTRADO DE HIDALGO, PUBLICADO 9 MAYO DE 2024”

CASOS EN LOS QUE EL SERVICIO DEBE PROPORCIONARSE	CUANDO EL CIUDADANO REQUIERA APOYO PARA PAGO DE GASTOS MÉDICOS Y QUE PERTENEZCA A UN GRUPO PRIORITARIO
---	--

REQUISITOS	PRESENTAR DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LO SOLICITADO
TIPO DE SERVICIO CIUDADANO / EMPRESARIAL	CIUDADANO
NÚMERO DE COPIAS	DOS COPIAS DE CADA DOCUMENTO

TIPO DE SOLICITUD DEL SERVICIO

ESCRITO LIBRE ()
FORMATO TIPO (X)

INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN

OBJETIVO	N/A
CONTACTO	N/A
INSPECTOR / VERIFICADOR	N/A
HORARIOS DE ATENCIÓN	N/A

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

	ORIGINAL	COPIA
INE		X
CURP		X
COMPROBANTE DE DOMICILIO		X
ACTA DE NACIMIENTO		X
CUENTA CORRIENTE U ORDEN MEDICA		X
FOTOGRAFÍAS DE SU DOMICILIO	X	
CONSTANCIAS DE NO DERECHOHABIENTA DE IMSS E ISSSTE		X

PLAZO MÁXIMO DEL SUJETO OBLIGADO PARA RESOLVER EL TRÁMITE	INMEDIATO, SI ES UN PROCEDIMIENTO PROGRAMADO SE REALIZA CON TIEMPO
--	--

MONTO Y FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA	
COSTO, ÁREA DE PAGO Y FUNDAMENTO JURIDICO DEL COBRO	SERVICIO GRATUITO

VIGENCIA DEL TRÁMITE A OBTENER	NO APLICA
--------------------------------	-----------

DIRECCIÓN Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS	
DIRECCIÓN RESPONSABLE	DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL Y COORDINACIÓN DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN SOCIAL

HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	LUNES A VIERNES DE 8:30 AM A 4:30 PM
---------------------------------	--------------------------------------

CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
<ul style="list-style-type: none">SE PRESENTA EL CIUDADANO A OFICINAS DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS Y ELABORACIÓN DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.SE REMITE A DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL Y DIRECCION GENERAL DEL SMDIF PARA SU AUTORIZACIÓN, POSTERIORMENTE EL ÁREA DE FINANZAS REALIZA EL PAGO POR TRANSFERENCIA Y EL BENEFICIARIO PUEDE SER ATENDIDO O DADO DE ALTA ANTE LA INSTITUCIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE

LUGAR DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO	LIC. LILIA NERI MÉNDEZ
DIRECCIÓN	COORDINACIÓN DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN SOCIAL
DOMICILIO	ALLENDE S/N COL. CENTRO C.P. 43800
NUMERO TELEFONICO	56 27447656
CORREO ELECTRONICO	BIENESTAR_PROTECCION_SOCIAL@DIFTIZAYUCA.GOB.MX
CONTACTO PARA QUEJAS	ORGANOINTERNODECONTROLSMDIFTIZ@GMAIL.COM

PUEDE CONSULTAR EL AVISO DE PRIVACIDAD EN LA PÁGINA DEL SMDIF	https://diftizayuca.gob.mx/aviso-de-privacidad/
---	---

