

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| NOMBRE:  |  | TRÁMITE: <input checked="" type="checkbox"/>   | SERVICIO: <input type="checkbox"/>                |
| <b>GESTIÓN DE APARATOS FUNCIONALES, APARATOS AUDITIVOS Y ESPECIALES</b>  |  |  |   |
| DESCRIPCIÓN:   | Código de la Cédula  | AFD/14/2024                                    |   |
| Es un procedimiento en el cual el usuario con una discapacidad permanente menor de 60 años realiza de manera presencial una solicitud de aparato funcional o auditivo. |  |  |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:  | Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos<br>Ley General de las Personas con Discapacidad<br>Ley Federal para prevenir y Eliminar la Discriminación<br>Ley de Asistencia Social del Estado de México<br>Bando Municipal, Chapultepec Estado de México 2024 |  |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:   | N/A  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:              | N/A   |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:   | SI   | NO<br>x  | DIRECCIÓN WEB N/A                                 |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:   | Cuando el usuario presenta una discapacidad motriz, visual o auditiva permanente y es requerido bajo prescripción médica   |  |   |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA  | La verificación se realiza cuando es entregado un aparato funcional o auditivo por medio del representante del DIF del Estado de México en el municipio.   |  |   |
| REQUISITOS:  | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO   | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO:               |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>  |  |  |   |
| Mayor de edad:   |  |  | Bando Municipal Chapultepec Estado de México 2024 |
| - Identificación oficial con fotografía.   | No   | 1  |   |
| - CURP   | No   | 1  |   |
| - Prescripción médica  | SI   | 1  |   |
| Menor de edad:   |  |  |   |
| - Acta de nacimiento   | No   | 1  |   |
| - CURP   | No   | 1  |   |
| - Identificación oficial con fotografía(padre/tutor)   | No   | 1  |   |
| - Prescripción médica  | SI   | 1  |   |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>  |  |  |   |
| N/A  | N/A  | N/A  | N/A   |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>  |  |  |   |
| N/A  | N/A  | N/A  | N/A   |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO   | 1. Solicitar información en el DIF municipal<br>2. Presentar los requisitos solicitados por el área de trabajo social<br>3. Firmar el formato de petición<br>4. Estar atento a la respuesta  |  |   |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA  | 6 meses  |  |   |
| COSTO:   | Gratuito   | Fundamento Jurídico: N/A                       |   |

|                                     |   |  |                    |     |                   |     |                            |     |
|-------------------------------------|---|--|--------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO   |  | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                | N/A   |  |                    |     |                   |     |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                 | N/A   |  |                    |     |                   |     |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | Cumplir con todos los requisitos solicitados por la Dirección de Atención a la Discapacidad |  |                    |     |                   |     |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A   |  |                    |     |                   |     |                            |     |

|  |  |                               |          |                                       |                  |         |     |
|--|--|-------------------------------|----------|---------------------------------------|------------------|---------|-----|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:   |  |                               |          | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:    |                  |         |     |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chapultepec |  |                               |          | Trabajo Social                        |                  |         |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:   |  | M.T.D.E. Sandra Alvarez Reyes |          |                                       |                  |         |     |
| DOMICILIO:   | CALLE:   | Miguel Hidalgo                |          |                                       | NO. INT. Y EXT.: | 400 OTE |     |
| COLONIA:   | Centro   |                               |          | MUNICIPIO:                            | Chapultepec      |         |     |
| C.P.:  | 52240  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:   |          | Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 horas |                  |         |     |
| LADA:  | 722  | TELÉFONOS:                    | 937 2222 | EXTS.:                                | N/A              | FAX:    | N/A |
|  |  |                               |          | CORREO ELECTRÓNICO:                   |                  | N/A     |     |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                              |  |                               |          |                                       |                  |         |     |
| OFICINA:   | N/A  |                               |          |                                       |                  |         |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:  |  | N/A                           |          |                                       |                  |         |     |
| DOMICILIO:   | CALLE:   | N/A                           |          |                                       | NO. INT. Y EXT.: | N/A     |     |
| COLONIA:   | N/A  |                               |          | MUNICIPIO:                            | N/A              |         |     |
| C.P.:  | N/A  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:   |          | N/A                                   |                  |         |     |
| LADA:  | N/A  | TELÉFONOS:                    | N/A      | EXTS.:                                | N/A              | FAX:    | N/A |
|  |  |                               |          | CORREO ELECTRÓNICO:                   |                  | N/A     |     |
| FORMATO(S) DESCARGABLES  | N/A  |                               |          |                                       |                  |         |     |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>   |  |                               |          |                                       |                  |         |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:  | ¿Si tengo alguna limitación otra persona puede realizar el trámite?  |                               |          |                                       |                  |         |     |
| RESPUESTA:   | Si, el trámite lo puede realizar un familiar directo responsable, mayor de edad con identificación oficial con fotografía. |                               |          |                                       |                  |         |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:  | ¿Puedo ser beneficiario si tengo algún tipo de seguridad social?   |                               |          |                                       |                  |         |     |
| RESPUESTA:   | Si puede ser beneficiado, siempre y cuando cumpla con los requisitos.  |                               |          |                                       |                  |         |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:  | ¿Puedo hacer el trámite si no está actualizado mi domicilio?   |                               |          |                                       |                  |         |     |
| RESPUESTA:   | Si, solo deberá solicitar una constancia domiciliaria emitida por su autoridad municipal.                                  |                               |          |                                       |                  |         |     |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>                                   |  |                               |          |                                       |                  |         |     |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>ELABORÓ:</p> <p>L.T.S Angelica Rosalio Mendiola<br/>Vocal del Comité Interno de Mejora Regulatoria y Titular del Área de Trabajo Social del SMDIF</p> | <p>VISTO BUENO:</p> <p>M.T.D.E. Sandra Alvarez Reyes<br/>Directora del SMDIF Chapultepec</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>04 de marzo 2024</p> |
|--|--|--|