****



**SOLICITUD DE APOYO DE APARATO FUNCIONAL**

**Colocar su Municipio, Michoacán. A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024.**

**LIC. OSCAR CELIS SILVA**

**DIRECTOR GENERAL**

**DEL SISTEMA DIF MICHOACAN**

**PRESENTE**

**Por este medio me permito solicitar apoyo con:**

**A.- APARATO FUNCIONAL: (**Silla de ruedas;Silla de ruedas para parálisis cerebral infantil;Silla de ruedas para parálisis cerebral adulto;Andadera;Bastón de apoyo de un punto;Bastón de apoyo de cuatro puntos;Bastón para invidente yMuletas).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B.- APARATO AUDITIVO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ya que no cuento con los recursos económicos para adquirirlo.**

**Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Núm. Telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Morelia, Mich. A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024.**

**ATENTAMENTE**

**C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**

**REQUISITOS:**

**1.-COPIA DEL INE DEL SOLICITANTE LEGIBLE y/o** copia de **identificación oficial legible.**

**2.- COPIA DEL INE DEL BENEFICIARIO LEGIBLE y/o** copia de **identificación oficial legible.**

**3.-SI ES MENOR DE EDAD EL BENEFICIARIO COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO.**

**4.-CURP DEL BENEFICIARIO LEGIBLE.**

**5.-COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO Y CODIGO POSTAL.**

**(VIGENTE NO MAYOR A 3 MESES.**

**6.-INDICACION MEDICA DEL APARATO SOLICITADO, CON DIAGNOSTICO ESCRITO VIGENTE NO MAYOR A 3 MESES. EN EL CASO DE APARATOS AUDITIVOS Y OPTOMÉTRICOS NO ES NECESARIA LA INDICACIÓN MÉDICA.**

**7.-FOTO DE CUERPO COMPLETO IMPRESA EN HOJA BLANCA.**