Logo del Municipio

**SOLICITUD DE APOYO DE APARATO FUNCIONAL**

**Colocar su Municipio, Michoacán. A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023.**

**LIC. OSCAR CELIS SILVA**

**DIRECTOR GENERAL**

**DEL SISTEMA DIF MICHOACAN**

**PRESENTE**

**Por medio de la presente solicito de la manera más atenta el apoyo de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ya que no cuento con recursos económicos y requiero el uso de este tipo de apoyo con la finalidad de mejorar mi calidad de vida.**

**Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Número de Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ATENTAMENTE**

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

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**

**REQUISITOS:**

**1.-COPIA DEL INE DEL SOLICITANTE.**

**2.-COPIA DEL INE DEL BENEFICIARIO.**

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

**4.-CURP DEL BENEFICIARIO, IMPRESA DE LA PAGINA RENAPO.**

**5.-COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE CON CODIGO POSTAL**

**(VIGENTE: NO MAYOR A 3 MESES)**

**6.-INDICACIÓN MEDICA CON DIAGNÓSTICO Y ESPECIFICANDO EL APARATO SOLICITADO, EMITIDO POR INSTITUCIONES PUBLICAS GUBERNAMENTALES. (VIGENTE: NO MAYOR A 3 MESES)**

**7.-FOTO A COLOR IMPRESA EN HOJA DE CUERPO ENTERO.**

**8.- FOTOGRAFÍA A COLOR IMPRESA CON LA ENTREGA DEL APARATO, CON EL PROPÓSITO DE REALIZAR LA COMPROBACIÓN, LA CUAL DEBERÁ SUBIRLA A LA PLATAFORMA DIGITAL.**