



Gobierno de  
Michoacán

GOBIERNO DEL ESTADO DE MICHOACÁN



## SOLICITUD DE APOYO DE APARATO FUNCIONAL

Carácuaro Michoacán. A 12 de Junio 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 y Muletas).

B.- **APARATO AUDITIVO** Apoyo de Silla de Ruedas

Ya que no cuento con los recursos económicos para adquirirlo.

Domicilio: Loc. La Arboleda De Gomez S/N

Núm. Telefónico: 4591049319 (hija)

Morelia, Mich. A 12 de Junio 2024.

ATENTAMENTE

Adalberto Gomez Barajas  
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.