



SOLICITUD DE APOYO DE APARATO FUNCIONAL

Lagunillas Michoacán. A 06 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).

Silla de ruedas

B.- **APARATO AUDITIVO**

Ya que no cuento con los recursos económicos para adquirirlo.

Domicilio: Conocido Pastores

Núm. Telefónico: 4345421181

Lagunillas, Mich. A 06 de Junio 2024.

ATENTAMENTE

C. ~~ALVARO~~
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.

