



SOLICITUD DE APOYO DE APARATO FUNCIONAL

Zacapu, Michoacán. A 25 de Noviembre 2024.

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: Aparato Auditivo
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: M^a Gpe. Alvarez Cuellar.

Domicilio: Avda. Guillermo Marconi 15

Número de Teléfono 354 1288563

ATENTAMENTE

C. Shirley Alej 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.