



SOLICITUD DE APOYO DE APARATO FUNCIONAL

CARAPAN, Michoacán. A 8 de JUNIO 2024.

LIC. OSCAR CELIS SILVA
DIRECTOR GENERAL
DEL SISTEMA DIF MICHOCÁN
PRESENTE

Por este medio me permito solicitar apoyo con:
**APARATO FUNCIONAL:
CON SILLA DE RUEDAS**

Ya que no cuento con los recursos económicos para adquirirlo.

Domicilio:
PRIV. VASCO DE QUIROGA

Núm. Telefónico:
351-144-44-47

Morelia, Mich. A 28 de JUNIO 2024.

ATENTAMENTE

C. 

ERENDIRA ALEJO SANTOS

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

ANEXO LOS SIGUIENTES 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.