



Programa de Atención a Grupos Prioritarios

Componente de Atención e Inclusión Social

Subprograma de Atención a Personas con Discapacidad

Aparatos Funcionales

Recibo de Entrega de Apoyo (Beneficiario)

En el municipio de Epitacio Huerta, a ___ de _____ del ____.

Quien suscribe Alberto Garcia Mancilla
Identificándome con el
documento INE. GRMNAL56080711H700

Hago constar que recibí por parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, el apoyo que a continuación se describe:

Aparato Auditivo.

Lo anterior por ser persona de recursos económicos limitados, con necesidad de apoyo asistencial.

Firma de quien recibe

Lic. Elvia Miriam Cárdenas Torres
Subdirectora de Servicios Asistenciales

448-121-93-59.

448-210-51-33
Teléfono de contacto del beneficiario