



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