



## SOLICITUD DE APOYO DE APARATO FUNCIONAL

San Cristóbal Michoacán. A 27 de JUNIO 2024.

LIC. OSCAR CELIS SILVA  
DIRECTOR GENERAL  
DEL SISTEMA DIF MICHOACÁN  
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).

B.- Silla de ruedas para parálisis cerebral adulto  
**APARATO AUDITIVO**

Ya que no cuento con los recursos económicos para adquirirlo.

Domicilio: El Paso San Cristóbal

Núm. Telefónico: 55 40 28 30 78

Morelia, Mich. A 27 de Junio 2024.

ATENTAMENTE

Ramon Garcia Garcia  
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.



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana  
Programa de Asistencia Social a Personas en Situación de Vulnerabilidad  
Subprograma de Atención a Personas con Discapacidad (Aparatos Funcionales)

## RECIBO DE ENTREGA DE APOYO

En el municipio de Morelia, a 28 de junio del 2024.

Quien suscribe: Ramon Garcia Garcia

Identificándome con el documento: INE

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

Silla de Ruedas

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

[Firma]  
Firma de quien recibe

[Firma]  
Lic. Elizabeth Francisco Ávila  
Directora de Asistencia e Integración  
Social del Sistema para el Desarrollo  
Integral de la Familia Michoacana

715 144 3858  
Teléfono de contacto del beneficiario