

P R O G R A M A S

Nombre del Programa	Se requiere la siguiente información:	Descripción:	Cuando Procede y Tiempo de respuesta
Medicamento, material de curación, pañales para adulto, pañales para bebe, leche, suplemento alimenticio	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de apoyo dirigido al Gob. Lic. Márquez Márquez; con fecha, domicilio, No. Teléfono (si tiene) y firma del solicitante • Copia Legible del ultimo comprobante de ingresos del solicitante o responsable económico del beneficiario, en caso de no contar con él, escrito libre suscrito por el solicitante, señalado origen u ocupación y cantidad de ingresos mensuales. • Copia Legible del comprobante de domicilio del solicitante y beneficiario. • Copia legible de la identificación oficial (credencial de elector, pasaporte, cartilla militar) por ambos lados de la persona solicitante y beneficiario. • Copia legible del comprobante de domicilio del solicitante, no mayor a dos meses de emisión. • Copia de la Cup del peticiario y beneficiario • Carta compromiso de apoyo (Formato Interno de Secretaria particular) • Estudio socioeconómico (Formato interno de secretaria particular) • Diagnostico medico original firmado por el medio tratante, con fecha no mayor de 30 días de la fecha de solicitud de apoyo. • Receta médica origina no mayor a dos meses de su expedición. • Carta derecho aviente del I.M.S.S o I.S.S.S.T.E en donde acrediten que no son beneficiados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Este programa es por parte del Estado, el municipio solo gasta en transporte y en su casa si se les diera desayuno. • No todas las personas que soliciten y cumplan los requisitos son apoyadas. • Si la persona fue beneficiada un año anterior, no puede ser beneficiada este año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se traslada a la ciudad de Guanajuato "Casa Ciudadana" • Se espera a que se junte un grupo de personas • Por parte del estado nos dan respuesta en mes y medio

Nombre del Programa	Se requiere la siguiente información:	Descripción:	Cuando Procede y Tiempo de respuesta
Apoyo para Diálisis	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de apoyo dirigido al Gob. Lic. Márquez Márquez; con fecha, domicilio, No. Teléfono (si tiene) y firma del solicitante • Copia Legible del ultimo comprobante de ingresos del solicitante o responsable económico del beneficiario, en caso de no contar con el, escrito libre suscrito por el solicitante, señalado origen u ocupación y cantidad de ingresos mensuales. • Copia legible de la identificación oficial (credencial de elector, pasaporte, cartilla militar) por ambos lados de la persona solicitante y beneficiario. • Copia legible del comprobante de domicilio del solicitante, no mayor a dos meses de emisión. • Copia de la C.U.R.P del peticiario y beneficiario • Carta compromiso de apoyo (Formato Interno de Secretaria particular) • Estudio socioeconómico (Formato interno de secretaria particular) • Diagnostico medico original firmado por el medio tratante, con fecha no mayor de 30 días de la fecha de solicitud de apoyo. • Presupuesto Original a gastos a realizar en hoja membretada con nombre y firma del proveedor • Carta derecho aviente del I.M.S.S o I.S.S.S.T.E en donde acrediten que no son beneficiados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Este programa es por parte del Estado, el municipio solo gasta en transporte de los solicitantes y en su caso si se les diera desayuno. • No todas las personas que soliciten y cumplan los requisitos son apoyadas. • Si la persona fue beneficiada un año anterior, no puede ser beneficiada este año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se traslada a la ciudad de Guanajuato "Casa Ciudadana" • Se espera a que se junte un grupo de personas • Por parte del estado nos dan respuesta en mes y medio



**GESTIÓN
SOCIAL
MUNICIPAL**



**GESTIÓN
SOCIAL
MUNICIPAL**