

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN DE VIVIENDA Y GRUPOS SOCIALES
SUBDIRECCION DE GRUPOS SOCIALES
J.U.D. DE ATENCIÓN A GRUPOS EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

"PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS)



FECHA:	SOLICITUD: FOLIO:
Nombre de	quien solicita el beneficio:
:11	Formato responsable ventanilla recepción de documentos
1/	Cédula identificación
DOCUME	NTACIÓN DEL BENEFICIARIO
	Identificación oficial con fotografía INE.
	Constancia Única de Registro de Población (CURP) (en caso de que el INE no lo contenga)
	Comprobante de domicilio del año en curso (en caso de que el INE contenga el domicilio
	Constancia de discapacidad o funcionalidad o diagnóstico médico o de necesidad, credencial del DIF que lo acredite como persona con discapacidad. En caso de discapacidad temporal deberán ser vigentes cualquiera de los documentos presentados que hagan constar la discapacidad, en ambos casos deben ser emitidos por el sector salud IMSS, ISSSTE, DIF, SSA. En caso de ser documentos expedido por particular deberá tener la cédula profesional, nombre y firma del médico tratante.
DOCUME	NTACIÓN DEL RESPONSABLE
	Identificación oficial con fotografía INE, o (cédula profesional, cartilla militar)
	Constancia Única de Registro de Población (CURP)
	Comprobante de domicilio del año en curso (en caso de que el INE contenga el domicilio actual no sera necesario).
	Vale para entrega al beneficiario
	Encuesta de satisfacción del beneficiario.



"PROGRA DEGE (ENTRE

Nombre de quien solicita el beneficio:

FECHA:

ACALCO		'.ī	SITUACIÓN DE VULNERARABILIDAD
GRAMA D EGENERA FREGA DI	GRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO- EGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" FREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS)	CRÓNICO. IDAD" ÉDICOS)	Felipe Carrillo PUERTO
FORMATO	<u>FORMATO RESPONSABLE VENTANILLA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS</u>	ANILLA RECEPCIÓN	DE DOCUMENTOS
	solicitub:		FOLIO DE RECEPCIÓN:

o (cédula profesional, cartilla militar)

Constancia de discapacidad o funcionalidad o diagnóstico médico o de necesidad, cre del DIF que lo acredite como persona con discapacidad. En caso de discapacidad te deberán ser vigentes cualquiera de los documentos presentados que hagan con discapacidad, en ambos casos deben ser emitidos por el sector salud IMSS, ISSSTE, DI En caso de ser documentos expedido por particular deberá tener la cédula profesional, y firma del médico tratante.

Tiempo de atención en recepción de documentos:	9:		
Tipo de atención:	Excelente	Buena	Mal
Se le explico de una manera clara y precisa:	Si	No	
Observaciones:			

(SI	
rg	
-=	
2	
55	
=	
2	
2	
20	
3	
5	
<u>_</u>	
월	
2	
칕	
ac	
35	
9	
₽	
2	
je	
8	
3	
اق	
릠	
흴	
<u> </u>	
희	
9	
2	
뒴	
٥	2
릵	101
5	33
ğ	Sek
	>
16E	en
2	
Este	Ė
E+91	1

NOMBRE DE QUIEN RÉCIBE DOCUMENTOS

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA DOCUMENTACION

Teléfono J.U.D. de Atención a Grupos en Situaciones de Vulnerabilidad: 55-56-54-33-33 ext. 2019

IZTACALCO

JUID, DE ATENCIÓN A GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERARABILIDAD





	FORMATO RESPONSABLE VENIANILLA RECEPCION DE DOCUMENTOS	LLA MECEPUIO	V DE DOCOM	COL
	FECHA: SOLICITUD:	E &	FOLIO DE RECEPCIÓN:	
	Nombre de quien solicita el beneficio:			
	DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:			
	Del beneficiario			
	Identificación oficial con fotografía INE, o (cédula profesional, cartilla militar)	, o (cédula profe	sional, cartilla	militar)
	Constancia Única de Registro de Población (CURP)	ción (CURP)		
anb ap	Comprobante de domicilio del año en curso (teléfono fijo, agua, predial o CFE) en caso de que el INE contenga el domicilio actual no sera necesario.	urso (teléfono fi ra necesario.	o, agua, pred	ial o CFE) en caso de que el
edencial emporal star la	Constancia de discapacidad o funcionalidad o diagnóstico médico o de necesidad, credencial del DIF que lo acredite como persona con discapacidad. En caso de discapacidad temporal deberán ser vigentes cualquiera de los documentos presentados que hagan constar la	alidad o diagnó a con discapaci los document	stico médico dad. En caso os presentad	o de necesidad, credencial de discapacidad temporal os que hagan constar la
F, SSA. nombre	discapacidad, en ambos casos deben ser emitidos por el sector salud IMSS, ISSSTE, DIF, SSA. En caso de ser documentos expedido por particular deberá tener la cédula profesional, nombre y firma del médico tratante.	ser emitidos por por partícular de	el sector sal berá tener la	Jd IMSS, ISSSTE, DIF, SSA. cédula profesional, nombre
	Del responsable			1-012
	Identificación oficial con totografía INE, o (cedula profesional, cartina minitar)	, o (ceciula profe	sionai, cartilla	mandarj
	Constancia Única de Registro de Población (CURP)	ción (CURP)		
enb ep	Comprobante de domicilio del año en curso (teléfono fijo, agua, predial o CFE) en caso de que el INE contenga el domicilio actual no sera necesarlo.	urso (teléfono fi ra necesario.	jo, agua, pred	ial o CFE) en caso de que el
	Tiempo de espera en la fila:			
	Tiempo de atención en recepción de documentos:			
	Tipo de atención:	Excelente	Buena	Mala
	Se le explico de una manera clara y precisa:	Si	No	
	Observaciones:			

Este talón indica que entregó documentación completa y que esta enterado(a) que su solicitud esta sujeta a dictamen y selección. NOMBRE DE QUIEN RÉCIBE DOCUMENTOS

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA DOCUMENTACION

Teléfono J.U.D. de Atención a Grupos en Situaciones de Vulnerabilidad: 55-56-54-33-33 ext. 2019



DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN DE VIVIENDA Y GRUPOS SOCIALES
SUBDIRECCION DE GRUPOS SOCIALES
J.U.D. DE ATENCIÓN A GRUPOS EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

"PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS)



FECHA:	SOLICITUD:		FOLIO:
DATOS DEL SOLICITANTE:	CEDULA	DE IDENTIFICA	<u>ACIÓN</u>
Nombre:			2007
CURP:	Edad:	Sexo:	Fecha de nacimiento:
Lugar de nacimiento:	Tiempo	de residencia e	en la Ciudad de México:
Pertenencia Étnica:	Ultimo grado	de estudios:	Ocupación:
Teléfono:	c	orreo Electrónio	co:
Dirección:	A 4. 10 5 G		
Diagnostico Médico:		-	
DATOS DEL RESPONSABLE	:		
Nombre:			
CURP:	Edad:	Sexo:	Fecha de nacimiento:
Lugar de nacimiento:	Tiempo	de residencia	en la Ciudad de México:
Pertenencia Étnica:	Ultimo grado	de estudios: _	Ocupación:
Teléfono:	c	orreo Electróni	co:
Dirección:			
Parantasaa:			

"ESTE PROGRAMA ES DE CARÁCTER PÚBLICO, NO ES PATROCINADO NI PROMOVIDO POR PARTIDO POLÍTICO ALGUNO Y SUS RECURSOS PROVIENEN DE LOS IMPUESTOS QUE PAGAN TODOS LOS CONTRIBUYENTES. ESTÁ PROHIBIDO EL USO DE ESTE PROGRAMA CON FINES POLÍTICOS ELECTORALES, DE LUCRO Y OTROS DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS. QUIEN HAGA USO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, SERÁ SANCIONADO DE ACUERDO CON LA LEY APLICABLE Y ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE."

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales del programa social, "PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS), PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024. El cual tiene su fundamento en el artículo octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Datos Personales para la Ciudad de México. "PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS), PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024. Así mismo, se le informa que sus datos podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable de los datos personales es Daniel León Pérez, Jefe de Unidad Departamental de Grupos en Situaciones de Vulnerabilidad. Podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento en la oficina de Información Pública ubicada en Avenida Río Churubusco y Avenida Té, colonia Gabriel Ramos Millán, edifício. B planta alta. El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México a teléfono: 55 56 36 21 20; correo electrónico: datos personales@info.cdmx.org.mx



"PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS)



CARTA COMPROMISO

NOMBRE Y FIRMA
existir falsedad, tengo pleno conocimiento que no podre ser beneficiario de este Programa Social.
servicio público en cualquier nivel y ámbito de la Administración Pública Local, por lo que en caso de
Programa Social similar del Gobierno de la Ciudad de México, ni soy trabajador(a) activo(a) en el
verdad que la información y documentación proporcionada es verídica y que no pertenezco a otro
El que suscribe,, declaro bajo protesta de decir

"ESTE PROGRAMA ES DE CARÁCTER PÚBLICO, NO ES PATROCINADO NI PROMOVIDO POR PARTIDO POLÍTICO ALGUNO Y SUS RECURSOS PROVIENEN DE LOS IMPUESTOS QUE PAGAN TODOS LOS CONTRIBUYENTES, ESTÁ PROHIBIDO EL USO DE ESTE PROGRAMA CON FINES POLÍTICOS ELECTORALES, DE LUCRO Y OTROS DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS. QUIEN HAGA USO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, SERÁ SANCIONADO DE ACUERDO CON LA LEY APLICABLE Y ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE."

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales del programa social, "PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS), PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024. El cual tiene su fundamento en el artículo octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, además de otras transmisiones previstas en previstas en la Ley de Datos Personales para la Ciudad de México. "PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS), PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024. Así mismo, se le informa que sus datos podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable de los datos personales es Daniel León Pérez, Jefe de Unidad Departamental de Grupos en Situaciones de Vulnerabilidad. Podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento en la oficina de Información Pública, ubicada en Avenida Río Churubusco y Avenida Té, colonia Gabriel Ramos Millán, edificio. B planta alta. El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México al teléfono; 55 56 36 21 20; correo electrónico: datos personales@info.cdmx.org.mx



DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN DE VIVIENDA Y GRUPOS SOCIALES
SUBDIRECCION DE GRUPOS SOCIALES
J.U.D. DE ATENCIÓN A GRUPOS EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

"PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPEDICOS)



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

NOMBRE DEL PROGRAMA O ACCIÓN SOCIAL:

"PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS)

FECHA:			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:			
EDAD:	SEXO:		
DIRECCIÓN:			
SE LE HA ENTREGADO EL BENEFICIO EN TIEM	PO SI	NO	
NÚMERO DE DISPERSIÓN ENTREGADA:			
ESTA SATISFECHO CON EL PROGRAMA O ACCIÓN SOCIAL:		SI	NO
EL PROGRAMA O ACCION SOCIAL A CUMPLIDO CON SUS EXPECTATIVAS:		" SI	NO
OBSERVACIONES:			

"ESTE PROGRAMA ES DE CARÁCTER PÚBLICO. NO ES PATROCINADO NI PROMOVIDO POR PARTIDO POLÍTICO ALGUNO Y SUS RECURSOS PROVIENEN DE LOS IMPUESTOS QUE PAGAN TODOS LOS CONTRIBUYENTES. ESTÁ PROHIBIDO EL USO DE ESTE PROGRAMA CON FINES POLÍTICOS ELECTORALES, DE LUCRO Y OTROS DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS. QUIEN HAGA USO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, SERÁ SANCIONADO DE ACUERDO CON LA LEY APLICABLE Y ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE."

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales del programa social, "PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS), PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024. El cual tiene su fundamento en el artículo octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Datos Personales para la Ciudad de México. "PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD" (ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS), PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024. Así mismo, se le informa que sus datos podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El esponsable de los datos personales es Daniel León Pérez, Jefe de Unidad Departamental de Grupos en Situaciones de Vulnerabilidad. Podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento en la oficina de Información Pública, ubicada en Avenida Río Churubusco y Avenida Té, colonia Gabriel Ramos Millán, edificio. B planta alta. El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública de la Ciudad de México, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México.