

**“PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICOS-
DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD”
(ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS)**



FECHA:

SOLICITUD :

FOLIO :

Nombre de quien solicita el beneficio: _____

☐

Formato responsable ventanilla recepción de documentos

☐

Cédula identificación

DOCUMENTACIÓN 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.

DOCUMENTACIÓN 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 será necesario).

☐

Vale para entrega al beneficiario

☐

Encuesta de satisfacción del beneficiario.



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



FORMATO RESPONSABLE VENTANILLA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

FECHA: SOLICITUD: FOLIO DE RECEPCIÓN:

Nombre de quien solicita el beneficio: _____

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:

Del beneficiario

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Identificación oficial con fotografía INE, o (cédula profesional, cartilla militar)

Constancia Única de Registro de Población (CURP)

Comprobante de domicilio del año en curso (teléfono fijo, agua, predial o CFE) en caso de que el INE contenga el domicilio actual no será necesario.

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.

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 (teléfono fijo, agua, predial o CFE) en caso de que el INE contenga el domicilio actual no será necesario.

Tiempo de espera en la fila: _____

Tiempo de atención en recepción de documentos: _____

Tipo de atención:

Excelente	Buena	Mala
Si	No	

Se le explico de una manera clara y precisa:

Observaciones: _____

NOMBRE DE QUIEN RECIBE DOCUMENTOS

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA DOCUMENTACIÓN

Este talón indica que entregó documentación completa y que esta enterado(a) que su solicitud esta sujeta a dictamen y selección.

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



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



FORMATO RESPONSABLE VENTANILLA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

FECHA: SOLICITUD: FOLIO DE RECEPCIÓN:

Nombre de quien solicita el beneficio: _____

DOCUMENTACIÓN ENTREGADA:

Del beneficiario

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Identificación oficial con fotografía INE, o (cédula profesional, cartilla militar)

Constancia Única de Registro de Población (CURP)

Comprobante de domicilio del año en curso (teléfono fijo, agua, predial o CFE) en caso de que el INE contenga el domicilio actual no será necesario.

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.

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 (teléfono fijo, agua, predial o CFE) en caso de que el INE contenga el domicilio actual no será necesario.

Tiempo de espera en la fila: _____

Tiempo de atención en recepción de documentos: _____

Tipo de atención:

Excelente	Buena	Mala
Si	No	

Se le explico de una manera clara y precisa:

Observaciones: _____

NOMBRE DE QUIEN RECIBE DOCUMENTOS

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA DOCUMENTACIÓN

Este talón indica que entregó documentación completa y que esta enterado(a) que su solicitud esta sujeta a dictamen y selección.

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

**“PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-
DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD”
(ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS)**



FECHA:

SOLICITUD:

FOLIO:

CEDULA DE IDENTIFICACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre: _____

CURP: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____ Tiempo de residencia en la Ciudad de México: _____

Pertenencia Étnica: _____ Último grado de estudios: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

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: _____ Último grado de estudios: _____ Ocupación: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Parentesco: _____

“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, 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



**“PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-
DEGENERATIVAS Y DISCAPACIDAD”
(ENTREGA DE APARATOS ORTOPÉDICOS)**

CARTA COMPROMISO

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

**NOMBRE Y FIRMA
DEL SOLICITANTE O RESPONSABLE**

“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, 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

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



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 TIEMPO

SI

NO

NÚMERO DE DISPERSIÓN ENTREGADA: _____

ESTA SATISFECHO CON EL PROGRAMA O ACCIÓN SOCIAL:

SI

NO

EL PROGRAMA O ACCIÓN 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 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.edmx.org.mx