

**NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO**

**Solicitud de Atención a Personas con Discapacidad**

**DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE**

El/la solicitante (persona con discapacidad o algún familiar) acude personalmente a las oficinas del DIF Municipal, solicita atención o servicio en base a su situación o necesidad, si es asesoría, gestión o interpretación se presta el servicio solicitado y en caso de ser apoyo en especie o económico se canaliza a el/la Trabajador/a Social para realizar el trámite correspondiente.

**Dependencia Responsable:** Comité DIF Municipal.

**Responsable de Atenderlo y Resolverlo:** Trabajador/a Social

**Tipo de usuario:** Personas con discapacidad y familiares, asociaciones involucradas con la discapacidad.

**Documento o Servicio que se obtiene:** Carta compromiso para la compra de su apoyo.

**Costo:** Ninguno

**Forma de Pago:** ---.

**Tiempo de Respuesta:** 10 días hábiles.

**Vigencia del Trámite o Servicio:** Sin vigencia.

**LUGAR EN DONDE SE REALIZARÁ EL TRÁMITE O SERVICIO**

Oficina(s) Responsable(s): **Departamento de Trabajo Social y Atención a la Discapacidad.**

Domicilio: **Av. Universidad no. 612, Col. Primo Verdad.**

Teléfono(s): **153-09-80.**

Correo electrónico: [liliana.ortiz@ags.gob.mx](mailto:liliana.ortiz@ags.gob.mx)

Horario de Atención: **8:00 am a 3:30 pm de lunes a viernes.**

**REQUISITOS Y/O DOCUMENTOS**

	<b>ORIGINAL</b>	<b>COPIA</b>
<b>Despensa a integrantes de Asociación Civil (inscritos en el padrón)</b>	<b>N/A</b>	
Identificación oficial de el/la solicitante y beneficiario/a	<b>N/A</b>	<b>1</b>
Comprobante de domicilio (luz o agua reciente)	<b>N/A</b>	<b>1</b>
CURP del beneficiario	<b>N/A</b>	<b>1</b>
Credencial de discapacidad o diagnóstico de discapacidad	<b>N/A</b>	<b>1</b>
Ser habitante del municipio de Aguascalientes	-	-
Ser de escasos recursos económicos	-	-
<b>Apoyo para prótesis o aparatos auditivos (para realizar canalización)</b>		
Identificación oficial	<b>N/A</b>	<b>1</b>
Acta de nacimiento	<b>N/A</b>	<b>1</b>
Comprobante de domicilio (luz o agua reciente)	<b>N/A</b>	<b>1</b>
Credencial de discapacidad o diagnóstico de discapacidad	<b>N/A</b>	<b>1</b>
CURP del beneficiario	<b>N/A</b>	<b>1</b>
Diagnóstico médico o audiometría	<b>1</b>	<b>N/A</b>
Cotización de la prótesis o aparato auditivo	<b>1</b>	<b>N/A</b>

### OBSERVACIONES Y NOTAS

- Se brindará apoyo a todas las personas con discapacidad que requieran de asesoría, gestión o interpretación.
- En caso de que la solicitud consista en apoyo económico o en especie se brindará únicamente a personas con discapacidad y con necesidad económica apremiante.
- Para apoyo de prótesis, ortesis y auditivos, el/la solicitante deberá de cumplir con los requisitos y en caso de resultar positivo, se le apoya por medio de carta compromiso.

### FUNDAMENTO(S) JURIDICOS-ADMINISTRATIVO(S)

- Ley de Sistema de Asistencia Social y de Integración Familiar.
- Ley de Integración social y productiva de personas con discapacidad, cap. 1 art. 2.
- Ley Municipal para el Estado de Aguascalientes, art. 145.
- Código Municipal de Aguascalientes, art. 98 y art. 100.