



Apoyo de aparatos auditivos

CÓDIGO	HUI-TRA-244	FECHA DE ELABORACIÓN	09/06/2020
VERSIÓN	2	FECHA DE MODIFICACIÓN	01/10/2021

TIPO DE SOLICITUD	Servicio
-------------------	----------

AUTORIDAD QUE LLEVA A CABO EL TRÁMITE O SERVICIO	SMDIF
--	-------

DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO
Es el beneficio para brindar el apoyo a niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de aparatos auditivos que lo requieran por alguna discapacidad auditiva.

¿QUÉ OBTIENE EL CIUDADANO?	Aparato Auditivo
----------------------------	------------------

MODALIDAD	No aplica
-----------	-----------

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN LOS QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO
Presentar alguna discapacidad auditiva.

TIPO DE USUARIO O POBLACIÓN A QUIEN VA DIRIGIDO	Ciudadanía
---	------------

¿QUIÉN PUEDE SOLICITARLO?	Interesado, Terceros
---------------------------	----------------------

¿QUÉ COSTO TIENE?

Concepto	Costo
	Gratuito

PASOS QUE DEBE LLEVAR A CABO EL PARTICULAR PARA SU REALIZACIÓN
--

1. Acudir al SMDIF, en la coordinación de asistencia social.
2. Presentar los requisitos en tiempo y forma.
3. Se realiza un estudio socio-económico, y una visita domiciliaria, a fin de verificar la información proporcionada.

DATOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Requisito	Original	Copia
Identificación oficial del solicitante y beneficiario	Sí	1
CURP	Sí	1
Comprobante de domicilio	Sí	1
Solicitud de apoyo	Sí	1

INFORMACIÓN RELEVANTE

Es importante tener sus documentos personales para integrar los expedientes para el apoyo.

MEDIO DE PRESENTACIÓN	Presencial	TIPO DE FICTA	Negativa
-----------------------	------------	---------------	----------

REQUIERE VERIFICACIÓN	Sí
-----------------------	----

EN CASO DE REQUERIR INSPECCIÓN O VERIFICACION, SEÑALAR EL OBJETIVO DE LA MISMA
--

Realizar visita domiciliaria para confirmar datos proporcionados por el solicitante.

CONSIDERACIONES

Para entrega de estos apoyos es indispensable realizar visita domiciliaria para con firmar datos proporcionados por el solicitante, para poder dar seguimiento al apoyo solicitado.

PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	Indefinido	VIGENCIA	No aplica
---------------------------	------------	----------	-----------

FUNDAMENTO JURÍDICO

1. Ley Orgánica del Estado de Querétaro, art. 73, 74, 75, 76
2. Ley del Sistema de Asistencia Social del Estado de Querétaro, art. 1, 6, 7 fracción I, 9 fracción III
3. Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro, art. 1, 6 fracción VI, 7, 8 fracción VIII

QUEJAS Y DENUNCIAS	
Dependencia	Órgano Interno de Control
Titular	Lic. Catalina Calva Corona
Teléfono	4482785047 ext. 2029
Correo	organointernodecontrol2124@huimilpan.gob.mx
Dirección	Reforma 300 Col. Centro, Huimilpan, Col. Centro, Huimilpan, Querétaro
Horario	Lunes- Viernes 9:00 am- 16:00 pm

DEPENDENCIA, ENTIDAD U ORGANISMO DESCONCENTRADO QUE LLEVARÁ A CABO EL TRÁMITE	
Dependencia	SMDIF
Titular	Lic. Vania Camacho Galván
Teléfono	4482785047 ext.(103)
Correo	asistencia.social@difhuimilpan.gob.mx
Dirección	Reforma 300 Col. Centro, Huimilpan, Col. Centro (76950), Huimilpan, Querétaro
Horario	Lunes- Viernes 9:00 am- 16:00 pm

Elaboró	Revisó	Aprobó
Mónica Camargo Castañón	Lic. Vania Camacho Galván	Lic. Vania Camacho Galván

--