DIF
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
GOBIERNO MUNICIPAL 2024 - 2027

Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Santa Cruz de Juventino Rosas Guanajuato

SANTA CRUZ DE JUVENTINO ROSAS
GOBIERNO MUNICIPAL 2024 - 2027

Clave del T ó S	MT-SCJR-DIF-CR-01	TIPO	TRÁMITE X	SERVICIO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	10/01/2025

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO

ASISTENCIA SOCIAL

Atención personalizada y profesional a toda persona perteneciente al municipio de Santa Cruz de Juventino Rosas y sus comunidades con enfoque a las que se encuentren en situación de vivienda precaria, de bajos recursos o pobreza extrema.

II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LINEA)	Presencial

III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO

- Disposiciones Administrativas Municipales
- Disponibilidad del subsidio de Gobierno de el Estado y Federal

IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO

Las personas beneficiadas con los apoyos deberán traer en regla los requisitos: acta de nacimiento, curp , ine, comprobante de domicilio (de al menos un mes de antigüedad) certificado médico (para algunos apoyos) receta médica (reciente) para solicitud de medicamento o ayuda monetaria , estudio socioeconómico , fotos y evidencia de su vivienda , algunos requieren que el beneficiado sea adulto mayor de 65 años.

PASOS

1.- Registro del participante mediante la entrega de sus documentos en copia (acta de nacimiento, comprobante de domicilio, INE, CURP, certificado médico), en las oficinas del área de Asistencia social en el DIF municipal de Juventino Rosas.	4.- Llegado el día de la entrega el beneficiario tendrá que presentarse en el lugar y hora indicados por el área de Asistencia social, siendo puntual y presentando una identificación INE si es Familiar del Beneficiario.
2. Se realizará una visita domiciliaria para realizar un estudio socioeconómico y tomar fotos de su entorno y vivienda.	
3.- El beneficiario queda en espera a que por parte del área de Aistencia Social le notifiquen la fecha, lugar y hora de entrega con días de anticipación.	

V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS REQUISITOS	**SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE**
1. Copia de Identificación oficial.	N/A
2. Copia de comprobante de domicilio reciente.	N/A
3-. Copia de Clave Única de Registro de Población (CURP)	N/A

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO

No aplica

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.	**FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO**
No aplica	No aplica

VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.

Visita domiciliaria para verificar vivienda y realizar estudio socioeconómico del solicitante

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO	**TELÉFONO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
T.S. María del Carmen Acosta Guillén	(412) 157 31 91	tsocial2427@gmail.com

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.	FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN			
Inmediata	**Afirmativa Ficta**	**No aplica**	**Negativa Ficta**	**No aplica**
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.			Mensual a partir de la consulta	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.			1 día hábil	

XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.	ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO
* Sillas de ruedas, todo terreno, PSI, PSA. *Andaderas y andadera con asiento. * Bastón cuatro puntos, bastón blando y bastón un punto. * Silla para baño. * Pañales. * Hemodiálisis. * Despensas. * Aparatos auditivos. * Lentes.	No Aplica

XIII VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.

Inmediata

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Entrega de documentos

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.

DEPENDENCIA O ENTIDAD	Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
AREA O DEPARTAMENTO	Asistencia Social

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

Asistencia personal: Lunes a viernes de 8:00 am a 16:00 pm

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO (PARA CONSULTAS, ENVIÓ DE DOCUMENTOS Y QUEJAS).

DOMICILIO (S)	David Guerrero #158, Zona Centro, C.P. 38240
TELÉFONO (S)	(412) 15 7 3191
CORREO ELECTRÓNICO (S)	tsocial2427@gmail.com

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
DIF Municipal- Área Asistencia Social	412 157 31 91	smdif.irosas@gmail.com

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO

Acta,Curp, INE, Comprobante de domicilio, Certificado Médico , Foto

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
Sandra Isabel López. C. SANDRA ISABEL LÓPEZ ESPINOZA	

DIF
"Unidos Avanzamos Innovando Transformamos"
GOBIERNO MUNICIPAL 2024-2027

DIRECCIÓN GENERAL