



DIF
ESTATAL TLAXCALA

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Tlaxcala, Tlax. A ____ de ____ del 20____.

Asunto: Solicitud Apoyo Funcional

**LIC. MARIANA ESPINOSA DE LOS MONTEROS CUELLAR
PRESIDENTA HONORIFICA DEL SEDIF.**

P R E S E N T E.

El (la) que suscribe C._____
Parentesco_____. Nombre del beneficiario_____
_____. Con la discapacidad _____ del
Municipio de_____. Estado civil del
(beneficiario)._____. Teléfono _____.

Por este medio me dirijo a usted, enviándole un cordial saludo al mismo tiempo de la manera más atenta le solicito su apoyo para ser beneficiado con el funcional de_____.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano por su apoyo, me despido.

ATENTAMENTE

**NOMBRE Y FIRMA O HUELLA
DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO**



DIF
ESTATAL TLAXCALA

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SOLICITUD VALIDADA

Tlaxcala de Xicoténcatl, a ____ de _____ 20__

RECIBO:

El (la) suscrito(a) C. _____ de ____ años de edad, con C.U.R.P. _____ con Domicilio en _____ de la localidad de _____ C.P. _____ Municipio de _____, Representante legal de, el (la) C. _____ de ____ años de edad, con C.U.R.P. _____ por ser menor de edad y / o incapacitado, recibo en Comodato por parte del (SEDIF) Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, un aparato funcional nuevo consistente en _____ el cual se encuentra en buenas condiciones y que será utilizado única y exclusivamente para el pleno desarrollo físico y social. Beneficiario del apoyo funcional, con Diagnóstico de discapacidad _____. Se entrega por parte del Departamento de Atención a Personas con Discapacidad del (SEDIF) Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de que se haga buen uso del funcional recibido.

RECIBE	VALIDACIÓN Y AUTORIZACIÓN
C. _____ NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE.	ING. ISRAEL HERNÁNDEZ CARRILLO JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.