



**DIF**  
ESTATAL TLAXCALA

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN  
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Tlaxcala de Xicohténcatl; a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

LIC. MARIANA ESPINOSA DE LOS MONTEROS CUELLAR  
PRESIDENTA HONORIFICA DE SEDIF  
P R E S E N T E

Por medio de la presente solicito su apoyo para ser canalizado a servicio de segundo o tercer nivel de atención en rehabilitación en beneficio del C. \_\_\_\_\_, de quien soy \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad quien requiere de atención especializada para mejorar su calidad de vida porque tiene discapacidad \_\_\_\_\_, perteneciente al Municipio de \_\_\_\_\_.

Agradeciendo de antemano la atención que se sirve prestar al presente a fin de que se me otorgue lo antes mencionado.

Datos de contacto del beneficiario o tutor:

Teléfono:

\_\_\_\_\_

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

C. \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA  
(Beneficiario/Tutor)