

## FICHA TÉCNICA – SISTEMA ESTATAL DIF

**DEPENDENCIA:** SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**DIRECCIÓN:** ATENCIÓN A GRUPOS PRIORITARIOS

**DEPARTAMENTO RESPONSABLE:** ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

**NOMBRE:** APOYO DE CAMA Y COLCHÓN

**TIPO:** TRÁMITE

DATOS INFORMATIVOS	
<b>DESCRIPCIÓN:</b>	OFRECEMOS APOYO PARA PROMOVER EL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN VULNERABLE DEL ESTADO DE TLAXCALA, MEDIANTE PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL PROPORCIONANDO APOYO DE CAMA MECÁNICA Y COLCHÓN HOSPITALARIOS, DESTINADOS A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE AQUELLAS PERSONAS QUE ENFRENTAN CONDICIONES DE INMOVILIDAD FÍSICA POR PADECIMIENTO CONGÉNITO, EN PROCESO DE RECUPERACIÓN DE SU SALUD O POR EDAD AVANZADA.
<b>A QUIÉN VA DIRIGIDO:</b>	POBLACIÓN QUE PRESENTE UNA O MÁS CARENCIAS SOCIALES, CUYO INGRESO SEA IGUAL O INFERIOR A LA LÍNEA DE POBREZA POR INGRESOS Y QUE REQUIERA, PARA SÍ MISMO O SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS CAMA Y COLCHÓN PARA SOBRELLEVAR O SUPERAR SU CONDICIÓN DE INMOVILIDAD FÍSICA.
<b>HORARIO DEL SERVICIO:</b>	DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 14:00 HORAS
<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	30 DÍAS HÁBILES.
<b>DOCUMENTO O PRODUCTO QUE SE OBTIENE:</b>	CAMA MECÁNICA Y COLCHÓN
<b>HOMOCLAVE:</b>	TR-SEDIF-051
<b>TIPO DE TRÁMITE EN INTERNET:</b>	INFORMATIVO
<b>NIVEL 2:</b>	FORMATO DE SOLICITUD
<b>LINK FORMATO ADJUNTO:</b>	<a href="https://dif.tlaxcala.gob.mx/2024/tramites_y_servicios/vulnerabilidad/001_FORMATO_SOLICITUD.pdf">https://dif.tlaxcala.gob.mx/2024/tramites_y_servicios/vulnerabilidad/001_FORMATO_SOLICITUD.pdf</a>
<b>VIGENCIA:</b>	FEBRERO-AGOSTO
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO:</b>	LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO DE TLAXCALA
<b>DESCRIPCIÓN:</b>	<b>CAPÍTULO IV DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL</b> <b>ARTÍCULO 13.</b> LOS SERVICIOS BÁSICOS DE ASISTENCIA SOCIAL QUE SE PROPORCIONARÁN A LAS PERSONAS BENEFICIARIAS MENCIONADAS EN ESTA LEY, SERÁN LOS SIGUIENTES: FRACCIÓN X. PROMOCIÓN DEL DESARROLLO, EL MEJORAMIENTO Y LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR DE LA POBLACIÓN CON CARENCIAS, MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA, CONSCIENTE Y ORGANIZADA EN ACCIONES QUE SE LLEVEN A CABO EN SU PROPIO BENEFICIO;
<b>LINK:</b>	

DATOS DEL PROCESO	
<b>REQUISITOS:</b>	<p><b>A.</b> LA PERSONA QUE REQUIERE DE APOYO LO PODRÁ SOLICITAR MEDIANTE TERCERA PERSONA (SOLICITANTE), LA CUAL DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) SOLICITUD DIRIGIDA A LA PRESIDENTA HONORIFICA DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN NOMBRE DE LA PERSONA QUE REQUIERE DEL APOYO (EN ORIGINAL);</li> <li>b) IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE, CON FOTOGRAFÍA (EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE);</li> <li>c) CURP ACTUALIZADA (EN ORIGINAL); Y</li> <li>d) COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE, NO MAYOR A TRES MESES DE ANTIGÜEDAD, PUDIENDO SER: RECIBO DE LUZ, AGUA O PREDIAL (EN COPIA SIMPLE).</li> </ul> <p>EN CASO DE QUE LOS DATOS DEL DOMICILIO REGISTRADOS EN LA IDENTIFICACIÓN NO PUEDAN ACREDITARSE CON ALGÚN COMPROBANTE DE DOMICILIO PREVISTO, SE DEBERÁ PRESENTAR EN ORIGINAL UNA CONSTANCIA DE RADICACIÓN.</p> <p>EN CASO DE QUE LA PERSONA QUE REQUIERE DE APOYO Y SU SOLICITANTE COMPARTA EL MISMO DOMICILIO, SERÁ SUFICIENTE UN SOLO COMPROBANTE.</p> <p><b>B.</b> DE LA PERSONA QUE REQUIERA DEL APOYO, SE DEBERÁ PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE, CON FOTOGRAFÍA (EN ORIGINAL Y COPIA SIMPLE);</li> </ul>

## FICHA TÉCNICA – SISTEMA ESTATAL DIF

	<p>b) SI LA PERSONA QUE REQUIERE DEL APOYO ES MENOR DE EDAD, EL PADRE, MADRE O TUTOR, DEBERÁ PRESENTAR DE SU MENOR HIJO/A O REPRESENTADO, COPIA SIMPLE DE ACTA DE NACIMIENTO EN SUSTITUCIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL.</p> <p>c) CURP ACTUALIZADA (EN ORIGINAL);</p> <p>d) COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE, NO MAYOR A TRES MESES DE ANTIGÜEDAD, PUDIENDO SER: RECIBO DE LUZ, AGUA, O PREDIAL (COPIA SIMPLE).</p> <p style="text-align: center;">EN CASO DE QUE LOS DATOS DEL DOMICILIO REGISTRADOS EN LA IDENTIFICACIÓN NO PUEDAN ACREDITARSE CON ALGÚN COMPROBANTE DE DOMICILIO PREVISTO, SE DEBERÁ PRESENTAR EN ORIGINAL UNA CONSTANCIA DE RADICACIÓN; Y</p> <p>e) DOCUMENTO EXPEDIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO (EL CUAL NO DEBERÁ SER MAYOR A TRES MESES DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN Y DEBERÁ CONTENER FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO Y/O SELLO DE LA INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE), DONDE SE ESPECIFIQUE QUE LA CONDICIÓN DE SALUD LE GENERA INMOVILIDAD FÍSICA TEMPORAL O PERMANENTE, Y SEA INDICATIVO DE LA NECESIDAD DEL USO DE UNA CAMA Y COLCHÓN HOSPITALARIOS.</p>
<b>PASOS:</b>	<p>1.- PRESENTAR SOLICITUD DE APOYO ANTE LA OFICIALÍA DE PARTES DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.</p> <p>2.- PRESENTAR ACUSE DE SOLICITUD DE APOYO JUNTO CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA COMPLETA EN EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (DAPSV).</p> <p>3.- EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (DAPSV), LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL APOYO.</p> <p>4.- EL DAPSV REVISARÁ QUE SE CUMPLA CON LOS REQUISITOS Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD, Y APRUEBA O RECHAZA LA SOLICITUD.</p> <p>5.- EL DAPSV HACE ENTREGA DEL APOYO SOLICITADO.</p>

DATOS DE LA DIRECCIÓN/ DEPARTAMENTO RESPONSABLE	
<b>NOMBRE:</b>	DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
<b>DIRECCIÓN:</b>	CALLE JOSÉ MA. MORELOS NO. 5, COLONIA CENTRO
<b>LOCALIDAD:</b>	TLAXCALA
<b>MUNICIPIO:</b>	TLAXCALA
<b>CÓDIGO POSTAL:</b>	90000
<b>RESPONSABLE:</b>	LIC. ANABEL SÁNCHEZ CELIS
<b>CARGO:</b>	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 14:00 HORAS
<b>TELÉFONO:</b>	246 465 04 40 Ext. 234
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	p.vulnerable@diftlaxcala.gob.mx
<b>PÁGINA WEB:</b>	dif.tlaxcala.gob.mx

DATOS DE COSTOS	
<b>COSTOS:</b>	GRATUITO