



**Registro de Trámites y Servicios**  
Municipio de Xichú, Gto.

<b>HOMOCLAVE</b>	XI-DIF-04	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	14	7	2020
------------------	-----------	-------------------------------	----	---	------

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.**

Todos Adelante Gto. ( Prótesis, Medicamentos, Recursos Economico para gastos hospitalarios o servicio medico.

El objetivo general del programa es contribuir al mejoramiento de las circunstancias y condiciones de vida de las familias y poblacion vulnerable del Estado de Guanajuato para asi posibilitar el desarrollo integral de la familia y de los individuos en condiciones de indefencion, pobreza o desventaja social, mediante el otorgamiento de apoyos economicos o en especie.

**II. MODALIDAD.**

Servicio

**III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

Reglas de Operación ejercicio fiscal 2020 publicadas en el periodico oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato el 31 de Diciembre de 2019.

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

Cuando los solicitantes sean personas con discapacidad y que por su condicion de indefencion, pobreza o desventaja social se encuentren en un estado de riesgo u vulnerabilidad.

**PASOS**

Presencial	3.- Cumplir con los requisitos solicitados para ser beneficiario.
1.- Presentarse en oficinas de Trabajo Social en Dif Municipal.	4.- Acudir a Dif Municipal para el llenado de Estudio Socioeconomico.
2.- Solicitar la informacion del programa.	

**V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.**

SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.

1.- Llenar Estudio Socioeconomico y diagnostico social de los que se desprenda que su nivel de vulnerabilidad es medio o alto.	
2.- solicitud dirigida al director general de dif estatal donde explique el motivo de su peticion, asi como el apoyo que requiere.	
3.- copia simple del acta de nacimiento de la persona beneficiaria.	
4.- Copia simple del acta de nacimiento de la persona beneficiaria	
5.-Copia simple de comprobante de domicilio ( no mayor a dos meses)	
6.- Copia simple de la credencial de elector de la persona beneficiaria expedida por la autoridad competente en caso de ser	
7.- Copia simple de la credencial de elector expedida por instituto Federal Electoral del solicitante en caso de que sea una persona	

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

SE PRESENTA POR MEDIO DE UN FORMATO LIBRE (SOLICITUD)

**VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.**

N/A

**FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO**

N/A

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

El Dif Estatal Guanajuato

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

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Maria Isabel Rincón Ruiz	419 294 11 00	<a href="mailto:dif_xichu@hotmail.com">dif_xichu@hotmail.com</a>

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.	FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
	Afirmativa Ficta	N o	Negativa Ficta
3 meses aproximadamente			

XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.	NA
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.	NA

XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.	ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO
NA	NA

## XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.

Anual

## XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Dif Estatal Guanajuato es quien da resolucio al tramite al servicio, Dif Municipal Xichu solo es enlace.

## XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD	Dif Municipal
AREA O DEPARTAMENTO	Dif Municipal
DOMICILIO (S)	Av. Del Minero S/N

## XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

**de 9:00 a. m A 17:00 hrs de Lunes A Viernes**

## XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)	Av. Del Minero S/N
TELEFONO (S)	419 294 11 00
CORREO ELECTRÓNICO (S)	<a href="mailto:dif_xichu@hotmail.com">dif_xichu@hotmail.com</a>

## LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Contraloria Municipal	01 419 690 4023 Ext. 40	<a href="mailto:contraloriaxichu1518@gmail.com">contraloriaxichu1518@gmail.com</a>

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

Expediente con copias de documentos personales del beneficiario.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
Prof. Victor Hernandez Hernandez Director del SMDIF	