

Programa casos urgentes "Entrega de apoyos asistenciales a las familias jaliscienses en coordinación con la red de los sistemas municipales".

En atención a personas en situación vulnerable otorgando apoyos de pañal desechable y/o sillas de ruedas estándar

Dirigido a ciudadanos que se encuentren en situación vulnerable, atendiendo sus necesidades y mejorando su calidad.

Procedimiento:

Se convoca a público en general que cuenten con las siguientes características:

- Personas con discapacidad
- Personas Adultas mayores
- Personas que cuenten con alguna enfermedad degenerativa
- Que requieran el apoyo de pañal desechable y/o silla de ruedas estándar

Se les solicita acudir al departamento de trabajo social de sistema DIF, dónde se dan a conocer los documentos requeridos, Posteriormente se realiza visita domiciliaria para constatar la veracidad del apoyo que solicitan.

Se realiza estudio socio familiar

Documentos para integrar expediente de la entrega de silla de ruedas y pañal desechable

- Formato estudio socio familiar, la cual podrá justificar un solo apoyo por beneficiario
- Copia de identificación oficial con fotografía vigente que puede ser INE, pasaporte o licencia de conducir
- Copia del comprobante de domicilio (en caso de no contar con éste el trabajador social dejará por escrito nota de seguimiento, el motivo por el cual se omite y se anexa fotografía de la vivienda.
- Recibo de entrega de apoyo denominado "solicitud y comprobación de apoyo de dispensa"
- Dos fotografías tamaño infantil
- Certificado médico expedido por institución pública, centro de salud, IMSS.



Foto

Dirección de Trabajo Social
Departamento de Trabajo Social
Operativo

Estudio Socio Familiar

Fecha de Elaboración _____

Fecha de Captura _____

Día Mes Año

1. Datos de Identificación del Beneficiario

No. de Expediente o Registro		Referido por	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	ID-DIF
1.1. Lugar de Nacimiento			
1.1.1 Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) _____ / _____ / _____		1.1.2 Municipio _____	
1.1.3 Nacionalidad _____		1.1.4 Estado _____	
1.2. Lugar de Residencia			
1.2.1 Domicilio _____		Núm. ext. e Int. _____	
1.2.2 Cruza con _____			
1.2.3 Colonia _____		1.2.4 Comunidad _____	1.2.5 C.P. _____
1.2.6 Municipio _____		1.2.7 Estado _____	1.2.8 Tiempo de vivir en el Edo. _____
1.2.9 Teléfono _____		1.2.10 Recados _____	
1.2.11 Programa que lo Atiende _____			1.2.12 Número _____

2. Servicio o Apoyo Solicitado

3. Composición Familiar

4. Educación

5. Economía

No.	3.1 Nombre			3.2. Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	3.3 Sexo		3.4. Edo. Civil	3.5 Parentesco	4.1*Escolaridad									5.1 Ocupación	5.2 Permanente	5.3 Eventual	5.4 Ingreso Mensual
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)		Edad				1	2	3	4	5	6	7	8	9				
					H	M															
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					

5.5 Total

* (1) Analfabeta (2) Autodidáctico (3) Preescolar (4) Primaria (5) Secundaria (6) Preparatoria (7) Carrera Técnica (8) Profesional (9) Posgrado

6. Vivienda						7. Patrimonio		9. Total de Egresos		10. Balance de Recursos	
6.1 Condición		6.4 Características		7.1 Tipo		Cantidad Valuada		9.1 Egresos Mensuales		10.1. Ingreso Familiar	
Propia	<input type="checkbox"/>	Renta	<input type="checkbox"/>	Piso	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	No.	Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En Pago	<input type="checkbox"/>	Prestada	<input type="checkbox"/>	Muro	<input type="checkbox"/>	Terreno	<input type="checkbox"/>		Vivienda	<input type="checkbox"/>	10.2 Otros Ingresos
¿Por Quién?	<input type="checkbox"/>	Suegro	<input type="checkbox"/>	Techo	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>		Servicios	<input type="checkbox"/>	10.3 Total de Ingresos
	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Transporte	<input type="checkbox"/>	10.4 Total de egresos
6.2 Servicios		6.5 Zona		7.2 Cuentas de Ahorro e Inversión				Educación		10.5 Diferencia	
Agua	<input type="checkbox"/>	Urbana	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	Institución	<input type="checkbox"/>	Cantidad	Salud	<input type="checkbox"/>	10.6 Observaciones
Desechos	<input type="checkbox"/>	Sub-urbana	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Institución	<input type="checkbox"/>	Cantidad	Vestido	<input type="checkbox"/>	
Electricidad	<input type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Cantidad	Recreación	<input type="checkbox"/>	
6.3 Tipo de Vivienda y Distribución		6.6 Menaje de casa		7.3 Vehículos				Deudas			
	<input type="checkbox"/>	Cocina	<input type="checkbox"/>	Equipado	<input type="checkbox"/>	Marca	<input type="checkbox"/>	No	Otros	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Baño	<input type="checkbox"/>	Básico	<input type="checkbox"/>	Modelo	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Casa	<input type="checkbox"/>	Dormitorios	<input type="checkbox"/>	Austera	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
Depto.	<input type="checkbox"/>	Sala	<input type="checkbox"/>	6.7 Limpieza y Organización		8. Créditos		9.2 Total			
Vecindad	<input type="checkbox"/>	Comedor	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Empresa	<input type="checkbox"/>	No	Cantidad	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	en casa.	<input type="checkbox"/>	Empresa	<input type="checkbox"/>		Cantidad	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>		Cantidad	<input type="checkbox"/>	
11. Alimentación						12. Apoyos y Servicios Otorgados					
11.1 Frecuencia alimentaria	<input type="checkbox"/>	Diario	<input type="checkbox"/>	Cada 3er. Día	<input type="checkbox"/>	Cada 8 días	<input type="checkbox"/>	Cada 15 Días	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Frutas y Verduras	<input type="checkbox"/>										
Cereales y tubérculos	<input type="checkbox"/>										
Leguminosas	<input type="checkbox"/>										
Alimentos de Origen Animal	<input type="checkbox"/>										
11.2 Observaciones	<input type="checkbox"/>					Fecha	Institución	Apoyo y/o Servicio	Periodo	Monto	
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										

Usuario

Manifiesto bajo protesta decir la verdad que autorizo el uso y manejo de mis datos personales, así como los considerados como datos personales sensibles, en los términos del aviso de privacidad, en donde señala que serán resguardados conforme a la Ley en la materia, el cual se puede consultar en <http://sistemadif.jalisco.gob.mx>

13. Salud

13.1 IMSS		ISSSTE		SSJ		DIF		Cruz Roja		Seguro Popular		Servicio Particular		Servicio Municipal	
Medicina Alternativa		Otro		13.2 Observaciones											

13.3 Enfermedades Crónicas o Discapacitantes de la Familia:

14. Diagnóstico Sociofamiliar

14.1 Conclusión

No.	Código	Problemática y/o Vulnerabilidades	Código	Detonante del Problema
1				
2				
3				

Diagnóstico

1				
2				
3				

15. Plan de Intervención

16. Evaluación



Dirección de Trabajo Social
Departamento de Trabajo Social Operativo
Solicitud y Comprobación de Apoyos y en Especie



Solicitud	Cheque	Reintegración Fondo	Justificación Cheque
Justificación	Vale	Autorización de Apoyo	

A Nombre de		Factura No.	Vale No.				
Cheque No.		Partida Presupuestal	PG:	UR:	SP:	UM:	MP:
Importe		Federal	Estatal				
		Montos Autorizados					
		De \$1 a \$2,000	Programa	Casos Urgentes			
	x	De \$2,001 a \$5,000	Reg. del Caso				
		De \$5,001 o más	Fecha de Solicitud	24/06/2020			

Aportaciones	
DIF Jalisco	Folio Presupuestal
DIF Municipal	Recibo No.
Familia	Recibo No.
Otros	Recibo No.

Nombre del Beneficiario (a)		
Domicilio	Mpio./Estado	San Juan de los Lagos, Jalisco

Concepto	
Se promueve la entrega de 24 pqtas c/10 pzas c/u de pañal desechable para adulto talla extra grande con costo unitario de \$103.24 y costo total de \$2,477.76 pesos a cargo de DIF Jalisco. Recurso CPAOC-2019-08-00009.	
Apoyo que cubre un periodo de 2 meses y contribuye al cuidado de higiene del usuario.	
Recibi por parte del Sistema DIF Jalisco el recurso económico, que se trasfiere al apoyo antes mencionado	
Fecha	
Nombre y Firma del Beneficiario (a) y/o Representante	Parentesco (Anexa Copia de Identificación Oficial con Fotografía)

Solicita	Revisó
L.T.S. Evangelina Damián Juárez	
Nombre y Firma Trabajador (a) Social Responsable	Coordinador (a) del Caso

Vo.bo. y/o Autoriza	Autoriza (n)	
Mtra. Sovereida Martínez Campos	L.T.S. María Eugenia Gutiérrez Solís	
Jefe (a) de Departamento	Director (a) de Trabajo Social	Subdirector (a) General Operativa

Fecha de Autorización	Firma del Trabajador (a) Social que validó con el beneficiario (a) la entrega del apoyo aquí mencionado
-----------------------	---



Dirección de Trabajo Social
Departamento de Trabajo Social Operativo
Solicitud y Comprobación de Apoyos y en Especie



Solicitud	Cheque	Reintegración Fondo	Justificación Cheque
Justificación Vale		Autorización de Apoyo	

A Nombre de		Factura No.	Vale No.
Cheque No.		Partida Presupuestal	PG: UR: SP: UM: MP:
Importe		Federal	Estatal
	Montos Autorizados		
	De \$1 a \$2,000	Programa	Casos Urgentes
x	De \$2,001 a \$5,000	Reg. del Caso	
	De \$5,001 o más	Fecha de Solicitud	24/06/2020

Aportaciones			
DIF Jalisco	\$ 2,260.84	Folio Presupuestal	
DIF Municipal		Recibo No.	
Familia		Recibo No.	
Otros		Recibo No.	

Nombre del Beneficiario (a)		Mpio./Estado	San Juan de los Lagos, Jalisco
Domicilio			

Concepto	
Se promueve la entrega de silla de ruedas estandar con costo total de \$2,260.84 pesos a cargo de DIF Jalisco	
Recurso OC-2019-07-00026	
Apoyo por única ocasión el cual contribuye a facilitar el desplazamiento del usuario para actividades cotidianas.	
Recibí por parte del Sistema DIF Jalisco el recurso económico, que se trasfiere al apoyo antes mencionado	
Fecha	

Nombre y Firma del Beneficiario (a) y/o Representante	Parentesco (Anexa Copia de Identificación Oficial con Fotografía)
Solicita	Revisó
L.T.S. Evangelina Damián Juárez	
Nombre y Firma Trabajador (a) Social Responsable	Coordinador (a) del Caso

Vo.bo. y/o Autoriza	Autoriza (n)	
Mtra. Soveida Martínez Campos	L.T.S. María Eugenia Gutiérrez Solís	
Jefe (a) de Departamento	Director (a) de Trabajo Social	Subdirector (a) General Operativa

Fecha de Autorización	Firma del Trabajador (a) Social que validó con el beneficiario (a) la entrega del apoyo aquí mencionado
------------------------------	--