# COORDINACION DE DISCAPACIDAD

**REPRESENTANTE DEL AREA**: ELIDHET MARTINEZ GONZALEZ

**Servicio que ofrece el area.**

Atencion a personas con discapacidad, motriz,auditiva, visual y mental.

**Tramites que se realizan.**

- Solicitud para aparatos funcionales.
- Solicitud para asistencia a especialidades en CRISVER.
- Solicitud para tarjetas de discapacidad.
- Certificafo medico de discapacidad permanente.

**Siguientes areas:**

Solicitud para asistencia a especialidades en CRISVER.

Solicitud para tarjetas de discapacidad.

Certificafo medico de discapacidad permanente.

**Requisitos solicitantes:**

- Copia de la INE. (beneficiario y solicitante).
- Copia del CURP(beneficiario).
- Copia del comprobante de domicilio.
- 2 fotos tamaño infanti (blanco o a color).
- Una constancia de bajos recursos. (expedida por H. Ayuntamiento ).
- Copia de el carnet de vacunación (en caso de ser menor de edad).

**Siguiente area:**

Solicitud para aparatos funcionales.

**Requisitos solicitantes:**

- Copia de la INE. (beneficiario y solicitante).
- Copia del CURP(beneficiario).
- Copia del comprobante de domicilio.
- Foto de cuerpo completo (no salir con algun aparato funcional).
- Una constancia de bajos recursos. (expedida por H. Ayuntamiento).

Anexo los diferentes formatos que se utilizan en el area.

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO

DIF Estatal Veracruz

VERACRUZ ME LLENA DE ORGULLO

# SOLICITUD DE APOYO FUNCIONAL

| SILLAS DE RUEDAS | |
|---|---|
| Estándar Adulto | |
| Est. Infantil 14" | |
| Est. Juvenil 16" | |
| P.C.A. | |
| P.C.I. | |
| Sobrepeso | |
| Eléctrica | |

| ANDADERA | |
|---|---|
| Adulto Sin Ruedas | |
| Adulto Con Ruedas | |
| Infantil Sin Ruedas | |
| Infantil Con Ruedas | |
| Tipo Juanito Inf. | |
| Tipo Juanito Juv. | |
| | |

| BASTONES | |
|---|---|
| Cuatro Puntos | |
| Blanco Adulto | |
| Blanco Infantil | |
| Puño Alemán | |
| | |
| | |
| | |

| PAR DE MULETAS | |
|---|---|
| Axilar Adulto | |
| Axilar Infantil | |
| Canadiense Adulto | |
| Canadiense Infantil | |
| | |
| | |
| | |

| Carriola P.C.I. | |
|---|---|

| Colchón de Agua - Aire | |
|---|---|

**Nombre del solicitante:** _____

**Nombre del beneficiario:** _____

**Lugar y fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____

**Domicilio:** _____ **Indígena:** _____ **Edo. Civil:** _____

**Localidad:** _____ **Municipio:** _____ **Teléfono:** _____

**Tipo de discapacidad:** **Motriz:** _____ **Visual:** _____ **Auditiva:** _____ **Intelectual:** _____

**Parte(s) afectada(s):** _____ **Edad en la que presentó la discapacidad** _____

**Ocasionada por:** _____

**Usa algún aparato:** _____ **Cual:** _____

**Camina solo:** _____ **Con ayuda:** _____ **Lo tienen que cargar:** _____

**Habla:** _____ **Oye:** _____ **Ve:** _____ **Ambos ojos:** _____

**Observaciones:** _____

_____

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:**

- Oficio de solicitud del beneficiario en escrito libre, dirigido a la Lic. Rebeca Quintanar Barceló, Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.
- Constancia, Certificado o Dictamen Médico que respalde la solicitud del Apoyo Funcional que se requiera, en original y reciente, firma del médico, cédula profesional, membretado y sellado por la Institución que lo elabore.
- Copia de identificación oficial con fotografía de la persona a beneficiar, si no cuenta con ésta, podrá ser una Constancia de Identidad emitida por el Secretario del Ayuntamiento, con fotografía infantil al calce, en papel membretado y sellado, en caso de ser menor de edad deberá ser la del tutor.
- CURP del beneficiario
- Fotografía de cuerpo completo del beneficiario, lo más reciente posible
- Estudio Socioeconómico con nombre y firma de quien lo elabora o Constancia de Escasos Recursos emitida por Secretario del H. Ayuntamiento o Presidente(a) o Director(a) de DIF Municipal correspondiente). Para todos los casos en original, papel membretado y sellado.

Km. 1.5 Carretera Xalapa-Coatepec Col. Benito Juárez,
C.P. 91070, Xalapa, Veracruz, México
Tel. (228) 842 37 30 / 842 37 37
www.difver.gob.mx

LIC. REBECA QUINTANAR BARCELO
DIRECTORA GENERAL DEL DIF ESTATAL VERACRUZ
KM 1.5 CARRETERA XALAPA – COATEPEC
COL. BENITO JUAREZ,
C.P. 91070 COATEPEC, VER.

EL (LA) QUE SUSCRIBE_____SE DIRIGE A USTED DE LA MANERA MAS ATENTA PARA SOLICITAR SU APOYO E INTERVENCION, CON EL PROPOCITO DE VERME FAVORECIDO (A) CON _____ ___ PARA _____ YA QUE ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA PODER INCORPORARME (SE) A LA VIDA DIARIA.

ES IMPORTANTE QUE NO CUENTO CON SEGURIDAD SOCIAL (I.M.S.S. E I.S.S.S.T.E) Y SOMOS PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS, LO QUE HACE IMPOSIBLE ADQUIRIRLOS POR MEDIOS PROPIOS.

NO DUDANDO DE SU COMPRENSION, Y ESPERANDO VERME FAVORECIDO (A), LE DOY GRACIAS POR SU ATENCION

A T E N T A M E N T E

_____
(NOMBRE Y FIRMA)

_____
(DOMICILIO)

_____
(TELEFONO DE CASA, CELULAR O RECADOS)

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO

DIF Estatal Veracruz

2021 200 AÑOS DEL MÉXICO INDEPENDIENTE TRATADOS DE CÓRDOBA

# SISTEMA DE ATENCIÓN OPORTUNA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL DE VERACRUZ SAOC

## FORMATO DE ADMISIÓN

*A Continuación escriba aquí la información solicitada, en LETRA CLARA Y LEGIBLE.*

*FECHA DE SOLICITUD:* _____

1. Datos Generales del paciente.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre(s):** | | **Apellidos:** | |
| **Edad:** | | **Fecha y lugar de nacimiento:** | |
| **Estado Civil:** | Casado(a):__ Soltero(a):__ Unión libre:__ Viudo (a):__ | **Género:** | Mujer:__ Hombre:__ |
| **Localidad:** | | **Municipio:** | |
| **Escolaridad:** | Preescolar__ Primaria__ Secundaria__ Preparatoria__ Licenciatura__ Maestría__ Doctorado__ Ninguna__ | **CURP:** | |
| **Dirección** *(calle, colonia, No., código postal):* | | **Números Telefónicos** – *(Dos como mínimo):* | |
| **Seguridad Social:** | SEGURO POPULAR__ IMSS__ ISSSTE__ PEMEX__ SEDENA__ OTROS__ *(Mencione cual):* _____ NINGUNO__ **Folio:** _____ | | |
| **Procedencia o Envió:** | | | |

2. Información de tutor y responsable.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre completo:** | | | |
| **Edad:** | | **Parentesco:** | |

3. Diagnóstico y tiempo de evolución.

| | |
|---|---|
| DIAGNÓSTICO O PADECIMIENTO POR EL CUAL SOLICITA EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN: | |
| ESPECIALIDAD QUE ENVIA AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN: | Pediatría:___ Medicina General:___ Neurología:___ Traumatología y Ortopedia:___ Genética:___ Audiología:___ Médico Familiar:___ Medicina de Rehabilitación:___ Gastroenterología:___ Oftalmología: ___ Reumatología:___ Gerontología:___ |
| TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA, ENFERMEDAD, ACCIDENTE Y/O LESIÓN: | |
| FECHA DE EGRESO HOSPITALARIO: | *(Solo en caso de haber estado hospitalizado).* |

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Código:

*Llenado a cargo de personal del CRISVER.*

Reingreso: SI___ NO___ Constancia de Discapacidad: ___

## Metas

Dar atencion de calidad, despegar dudas del aréa proporcionando atencion, orientacion y asesoria. Facilitar la igualdad de oportunidades, mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad trabajando de la mano con DIF estatal y asi combatir el abandono de las personas con discapacidad visible o no visible.

## Objetivos

Eliminar todas las barreras que dificultan la vida de las personas que se encuentran en situación de discapacidad, actuar siempre con naturalidad, prestar ayuda directa, escucha con atención, pedir su opinión, respetar sus decisiones, compartir, hacerle partícipe a todas las actividades y disfruta de su compañía.