

**NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO**

**Apoyo Económico en Especie para Tratamientos Médicos**

Objetivo del Trámite o Servicio: Brindar Atención Integral a personas vulnerables

clave estatal: 11  
clave municipal: 007  
clave: sm-cel-di-02  
Trámite:  
Servicio: X

Dependencia Responsable: **SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CELAYA**

Titular de la Dirección: **LIC. FELICITAS FABIOLA MATEOS CHAVOLLA**

Tipo de usuario: Personas de Escasos Recursos

Beneficio o servicio que se obtiene: Apoyo económico.

Modalidad: (Presencial): X (Línea):

Costo (\$): **Gratuito.**

Tiempo de respuesta: **Variable**

Figura jurídica (afirmativa ficta): (negativa ficta): X

Vigencia del trámite o servicio: Por evento

**LUGAR EN DONDE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIOS**

Oficina(s) receptora(s) y resolutora(s): Coordinación de Trabajo Social

Domicilio: Irrigación S/N. Col. Alfredo Vázquez Bonfil C.P. 38010

Teléfono(s): 01(461) 613.86.82 ext. 111, 114 y 122

Correo electrónico: fabiola.mateos@difcelaya.gob.mx; paulina.arellano@difcelaya.gob.mx

Horario de atención: De lunes a viernes de 8:30 a 16:00 hrs.

**REQUISITOS Y/O DOCUMENTOS**

**OR CO**

1. Solicitud por escrito dirigida a la Directora del DIF	✓	NA
2. Identificación oficial del beneficiario y del solicitante.	NA	2
3. CURP del beneficiario	NA	2
4. Acta de nacimiento	NA	2
3. Comprobante de domicilio reciente (luz o agua).	NA	2
4. Carnet de citas y/o recetas médicas.	NA	2
5. Certificado médico, diagnóstico u orden de tratamiento médico.	NA	2
6. Boletos de autobús.	2	NA
7. Estudio Socioeconómico.	NA	NA

(✓) EL ORIGINAL SE ENTREGARÁ PARA EXPEDIENTE (●) EL ORIGINAL ES SÓLO PARA COTEJO, DESPUÉS SERÁ DEVUELTO AL SOLICITANTE (NA) NO APLICA **OR: ORIGINAL CO: COPIA**

**OBSERVACIONES Y NOTAS**

Los apoyos en especie: medicamentos, leche en polvo, aparatos ortopédicos (muletas, bastos, andadera y silla de rueda), insumos y enceres.

Los apoyos económicos: Adeudos hospitalarios, gastos funerarios y traslados.

\*\* El DIF cuenta con el servicio de carta de descuento en boletos de autobús, para traslado de citas médicas dentro de la república mexicana, se deberá presentar el carnet de citas el cual especifique la fecha en que viajara, diagnóstico médico e identificación oficial del solicitante y del beneficiario en copia.

**FUNDAMENTOS DE LEY**

- Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículo 4, fracción VIII.

**FUNDAMENTOS EN DISPOSICIÓN REGLAMENTARIA**

- Reglamento del Sistema Integral para la Familia del Municipio de Celaya, Guanajuato, Artículo 56.

**SANCIONES QUE EN SU CASO PROCEDAN POR OMISIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

- Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato, artículos del 75 al 89.



---

**LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

Dependencia: Contraloría Municipal

Teléfono(s): 01(461) 613.93.39/01(461) 616.22.00/01(461) 616.25.62

Correo electrónico: [ruben.guerrero@celaya.gob.mx](mailto:ruben.guerrero@celaya.gob.mx)

