

REQUISITOS PARA LA APERTURA DE EXPEDIENTE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Requisitos:

1. Hoja de registro

Llenar hoja de registro con los datos de la persona con discapacidad.

2. Documento Médico que indique el TIPO Y GRADO de Discapacidad

(Diagnóstico, valoración médica, certificado, dictamen médico, contratrasferencia y/o análogos)

Expedido por institución pública, IMSS, ISSSTE, Servicios de Salud, Servicios Médicos De La Fuerza Armada, CREE, Unidades Básicas de Rehabilitación.

Para el caso de discapacidad intelectual, se requiere valoración psicológica en el que se especifique la condición de discapacidad de la persona, así como las pruebas aplicadas para dicha consideración.

*Expedido por un psicólogo del DIF, CREE, CAM, USAER o institución pública.

3. Copia del acta de nacimiento

o documento que acredite la condición jurídica de la persona beneficiaria

4. **Copia de la CURP del beneficiario (formato nuevo)**
5. **Copia de Identificación oficial del beneficiario**
Credencial de Elector, pasaporte vigente, credencial de INAPAM u otro documento que acredite la identidad, expedida por la autoridad correspondiente.
*En caso de ser menor de edad, anexar copia de credencial de elector del Padre, Madre o Tutor.
6. **Copia del Comprobante de Domicilio**
Reciente a la apertura del expediente, pudiendo ser recibo de la luz, agua, teléfono o constancia de residencia expedida por el delegado o presidencia municipal.
*No mayor a 90 días
7. **Tres fotografías tamaño infantil**
En cualquier formato, preferentemente impresa, para expediente y credencial que expide el instituto.
*blanco y negro o a color
8. **Copia de la tarjeta de circulación del vehículo en el que se traslada la persona con discapacidad**
En caso de requerir tarjetón, para ocupar los lugares de estacionamiento exclusivos para las personas con discapacidad.

En este espacio nos preocupamos por tu bienestar social de la personas con discapacidad de nuestro municipio; en esta institución se gestionan diferentes apoyos de aparatos funcionales y extraordinarios para personas con discapacidad y que necesitan diferentes apoyos según su discapacidad; para mayor información puede acudir a la oficina con el Enlace Municipal ubicado en el DIF Municipal o comunicarse a los números de teléfonos 4379610362 con un horario de atención lunes a viernes de 9:00 a.m. a 3:00 p.m.

Para renovación de credencial o tarjetón de personas con discapacidad que ya cuentan con ella, favor de comunicarse al DIF Municipal para brindarle la atención de los documentos que necesitan ya que es necesario renovarla.



INSTITUTO PARA LA
ATENCIÓN E INCLUSIÓN
DE LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIORITARIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
REQUISITOS PARA EXPEDIENTE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Número de expediente Fecha de registro: Día Mes Año

	SI	NO	NO APLICA
1.- HOJA DE REGISTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- DOCUMENTO MÉDICO Que indique el tipo y grado de discapacidad expedido por institución pública.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO O documento que acredite la condición jurídica de la persona beneficiaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- COPIA DE LA CURP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL BENEFICIARIO Credencial de elector, pasaporte, credencial de INAPAM u otro documento que acredite la identidad del beneficiario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO Reciente a la apertura del expediente, no mayor a 90 días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- DOS FOTOGRAFÍAS En cualquier formato, preferentemente impresas. <i>En caso de requerir tarjetón, para ocupar los lugares de estacionamiento exclusivos para Personas con Discapacidad seleccione la opción siguiente:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- COPIA DE LA TARJETA DE CIRCULACIÓN DEL VEHÍCULO EN EL QUE SE TRASLADA LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para más información, puede comunicarse a las oficinas del Instituto para la Atención e Inclusión de las Personas con Discapacidad, o bien, con los Enlaces Municipales ubicados en los 58 municipios de la entidad.

Circuito cerro del Gato S/N Edificio K Nivel 2
Ciudad Administrativa C.P. 98160 Zacatecas, Zac.
inclusion@zacatecas.gob.mx. Tels. 4924915088 y 89
secretaria.general@zacatecas.gob.mx



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de expediente: Fecha de registro: Día: Mes: Año:

DATOS GENERALES

Nombre: _____ / H ___ / M ___ / Edad _____ / Estado Civil _____
Fecha de nacimiento: Día ___ / Mes ___ / Año _____ / Lugar de nacimiento: _____
Domicilio: _____ #Ext: _____ #Int: _____
Col: _____ Entre Vialidades: _____
Descripción de lugar o alguna referencia: _____
Localidad: _____ Municipio: _____ C.P. _____
Tel. Part: _____ Celular: _____ Escolaridad: _____
Profesión/oficio: _____ CURP: _____ RFC: _____
Estudia: SI/ NO/ Dónde: _____ Habilidad: _____
Trabaja: SI/ NO/ Dónde: _____ Ingreso Mensual: \$ _____
Pertenece a alguna asociación: SI/ NO/ ¿Cuál? _____
Pertenece a algún sindicato: SI/ NO/ ¿Cuál? _____
Pensionado: SI/ NO/ Dónde: _____ Monto Pensión: \$ _____
Tipo de Seguridad Social: IMSS ISSSTE SSZ Otro: _____ No. _____

DATOS MÉDICOS

Discapacidad: _____ Grado: _____
Tipo de Discapacidad: FÍSICA ___ / INTELLECTUAL ___ / SENSORIAL ___ / MÚLTIPLE ___ /
Causa: Congénita ___ / Adquirida ___ / Accidente ___ / Enfermedad ___ / Nacimiento ___ / Adicción ___ / Otro: _____
Temporalidad: _____ Valoración: SI/ NO/ Fuente de Valoración: _____
Rehabilitación: SI NO ¿Dónde? _____
Fecha de Inicio: ___ / ___ / ___ / Fecha de término: ___ / ___ / ___ / Tipo de Sangre: _____
¿Ha tenido Cirugías? SI NO Tipo de Cirugía: _____
Enfermedades: _____
Medicamentos: _____
Alergias: _____
¿Usa Prótesis u Órtesis? SI NO ¿De qué Tipo? _____

VIVIENDA

Vivienda: Propia ___ / Prestada ___ / Rentando ___ / \$ _____ La está pagando ___ / \$ _____
Características de la vivienda: Casa ___ / Departamento ___ / Vecindad ___ / Otra _____
Número de habitaciones: _____ Cocina ___ / Sala ___ / Baño ___ / Otros: _____
Techo: Lamina ___ / Cemento ___ / Otros _____ Pared: Block ___ / Ladrillo ___ / Adobe ___ / Otro _____
Servicios Básicos: Agua potable Luz eléctrica Drenaje Cable Internet Celular Carro
Gas teléfono
Electrodomésticos: T.V. Lavadora Estéreo Microondas Computadora Licuadora DVD
Estufa
Personas que dependen de usted económicamente: _____ ¿Tiene Deudas? SI/ NO/ \$ _____



FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Prof/Oficio	Discapacidad	Ingreso

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Parentesco	Dirección	Prof/Oficio	Celular

SERVICIOS

Solicitud: _____

Apoyos Entregados: _____

Nombre y Firma Del responsable De Llenado

Nombre y Firma de Autorización de uso de datos personales

Estimado usuario y/o beneficiario, la información proporcionada al Instituto para la Atención e Inclusión de las Personas con Discapacidad, está debidamente protegida por la Ley de Protección y Datos personales en Posesión de los Sujetos obligados del Estado de Zacatecas. Si deseas mas información puedes consultar nuestro aviso de privacidad en: <http://inclusion.zacatecas.gob.mx/aviso-de-privacidad/>



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIORITARIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
REQUISITOS PARA APOYOS EXTRAORDINARIOS GENERAL

Nombre: _____ Solicitud: _____

<u>REQUISITOS</u>	SI	NO
1. CONTAR CON EXPEDIENTE EN EL INSTITUTO Actualizado		
2. SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDA AL DIRECTOR/A GENERAL DEL INSTITUTO Donde manifieste el apoyo solicitado o la contingencia presentada		
3. COTIZACIÓN Del apoyo solicitado		
4. CERTIFICADO MÉDICO Donde se especifique el tipo de implemento requerido * En caso de ser medicamento se requiere receta médica		
5. CUENTA ACTIVA con clave interbancaria		
6. REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTE Del titular de la cuenta bancaria *En caso de ser menor de edad, que sea del padre, madre, tutor o persona de confianza		
7. COMPROBANTE DE DOMICILIO VIGENTE No mayor a 90 días de antigüedad		

Para más información, puede comunicarse a las oficinas del **Instituto para la Atención e Inclusión de las Personas con Discapacidad**, o bien, con los Enlaces Municipales ubicados en los 58 municipios de la entidad.



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIORITARIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
REQUISITOS PARA APOYOS EXTRAORDINARIOS GENERAL

Nombre: _____ Solicitud: _____

<u>REQUISITOS</u>	SI	NO
<p>1. CONTAR CON EXPEDIENTE EN EL INSTITUTO Actualizado</p>		
<p>2. SOLICITUD POR ESCRITO DIRIGIDA AL DIRECTOR/A GENERAL DEL INSTITUTO Donde manifieste el apoyo solicitado o la contingencia presentada</p>		
<p>3. COTIZACIÓN Del apoyo solicitado</p>		
<p>4. CERTIFICADO MÉDICO Donde se especifique el tipo de implemento requerido * En caso de ser medicamento se requiere receta médica</p>		
<p>5. CUENTA ACTIVA con clave interbancaria</p>		
<p>6. REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTE Del titular de la cuenta bancaria *En caso de ser menor de edad, que sea del padre, madre, tutor o persona de confianza</p>		
<p>7. COMPROBANTE DE DOMICILIO VIGENTE No mayor a 90 días de antigüedad</p>		

Para más información, puede comunicarse a las oficinas del **Instituto para la Atención e Inclusión de las Personas con Discapacidad**, o bien, con los Enlaces Municipales ubicados en los 58 municipios de la entidad.



INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN E INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
DEL ESTADO DE ZACATECAS

_____, Zac., a _____ De _____ de 20__

ING. MIRIAM GARCÍA ZAMORA

Dir. General del Instituto para la Atención e
Inclusión de las Personas con Discapacidad
Del Estado de Zacatecas

PRESENTE.

Por este conducto solicito la oportunidad de participar en el programa de **PROYECTOS PRODUCTIVOS PARA EL FOMENTO AL AUTOEMPLEO** que se otorga a través del Instituto para la Atención e Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Nombre de la Persona con Discapacidad que realiza la solicitud:

No. de Expediente: _____

Discapacidad: _____

Edad: _____

Monto solicitado: \$ _____

TIPO DE PROYECTO PRODUCTIVO: _____

Domicilio de interesado (os)

Calle y número: _____

Colonia, comunidad o localidad: _____

Código Postal: _____

Municipio: _____

Teléfono Particular: _____

Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____

PROYECTO DE:

Nueva Creación _____ Ampliación _____

GIRO O SECTOR:

Comercial _____ Industrial _____ Servicios _____ Manufactura _____



ANTEPROYECTO DE VIABILIDAD:

- 1) Nombre de la iniciativa/proyecto productivo
- 2) Giro de la iniciativa
- 3) Nombre de la Persona con Discapacidad que será beneficiada con el proyecto.
- 4) Especificar de manera detallada qué función específica realizará el solicitante (persona con discapacidad) dentro del proyecto.
- 5) Nombre del producto o productos a comercializar
- 6) Estudio de mercado: se refiere a señalar cuál va a ser su mercado potencial, es decir, a quién vas a vender tu producto. También señalar las ventajas de tu producto sobre los ya existentes.
- 7) Competencia (que no exista a menos de 500mts.)
- 8) Proveedores: mencionar quienes serán tus proveedores (con domicilio y teléfono).
- 9) Carta compromiso de inversión (se realiza ya cuando esté aprobado el proyecto)