

TRÁMITES Y REQUISITOS DEL SERVICIO QUE PRESTA (ARTICULO 10 FRACCIÓN I, INCISO B DE LA LT Y AIPT)

SERVICIO QUE PRESTA AL PÚBLICO O TRÁMITE QUE REALIZA ANTE EL	REQUISITOS QUE DE DEBEN CUMPLIR PARA ACCEDER AL SERVICIO	PROCEDIMIENTO	FINALIDAD
EXPEDICIÓN DE CONSTANCIAS DE DISCAPACIDAD PARA TRÁMITE DE PLACAS	<p>SE OTORGA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PERMANENTE: MOTRIZ, (PERSONAS EN SILLAS DE RUEDA, MULETAS, ANDADERAS O BASTÓN), CIEGOS Y DÉBILES VISUALES Y PÁRALISIS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RESUMEN CLINICO EXPEDIDO POR EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL (CREE) O POR LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN (UBR) DE SU MUNICIPIO. 2. COPIA DE LA CREDENCIAL DEL ELECTOR DEL SOLICITANTE (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD, PADRE O TUTOR). 3. COPIA DE LA CURP 4. COPIA EL ACTA DE NACIMIENTO EN CASO DE SER MENOR DE EDAD 	<ol style="list-style-type: none"> A. LA PERSONA CON DISCAPACIDAD O UN FAMILIAR SE PRESENTA EN LA OFICINA DE LA DIRECCIÓN DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, Y ES ATENTADA POR EL ENCARGADO DEL AREA B. SOLICITA EL APOYO C. EL ENCARGADO DEL ÀREA VERIFICCA QUE LA PERSONA TENGA UNA DISCAPACIDAD QUE REQUIERA ESTE TIPO DE APOYO, SE LE PIDE UN DOCUMENTO MEDICO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL (CREE) ACTUALIZADO QUE EXPLIQUE EL DIAGNOSTICO Y CONDICIÓN ACTUAL DE LA PERSONA QUE SERÀ BENEFICIADA, EN CASO DE QUE LA PERSONA SEA DE MUNICIPIO, ESTE DOCUMENTO PODRA SER EXPEDIDO POR LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN DE SU ENTIDAD D. SE LLENA EL FORMATO DE CONSTANCIA E. SE ENTREGA ORIGINAL A LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD F. EL BENEFICIADO O SU FAMILIAR FIRMAN DE RECIBIDO EN LA COPIA DEL DOCUMENTO QUE QUEDA EN LA DIRECCIÓN. 	<p>PROPORCIONAR A LAS PERSONAS QUE ASI LO REQUIERAN UN DOCUMENTO QUE HAGA CONSTAR EL TIPO DE DISCAPACIDAD QUE PRESENTAN, PARA PODER REALIZAR SU TRÁMITE DE EXPEDICIÓN DE PLACAS PARA AUTOMOVILES QUE SE TRASLADAN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.</p>
EXPEDICIÓN DE CREDENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO 2. COPIA DE LA CURP 3. COPIA DE LA CREDECIAL DE ELECTOR (EN MENORES DE EDAD PRESENTAR COPIA DE L CREDENCIAL DE ELECTOR DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR). 4. COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO (RECIBO DE LUZ, AGUA O TELEFONO) O EN SU DEFECTO CARTA DE RESIDENCIA EMITIDA POR EL DELEGADO DEL LUGAR. 5. EN CASO DE SER EXTRANJERO Y VIVIR EN EL ESTADO PRESENTAR CARTA DE NATURALIZACION 6. PRESENTAR ESTUDIO DEL PADECIMIENTO DICTAMINANDO POR UN ESPECIALISTA. 	<ol style="list-style-type: none"> A. LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PERMANENTE DEBEN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS YA MENCIONADOS B. A L PRESENTAR LOS REQUISITOS SE LE HACE UNA ENTREVISTA PARA LLENAR LA CEDULA DE REGISTRO DE DATOS. C. SE CANALIZA AL ÀREA MEDICA DEL CREE PARA LA VALORACION CORRESPONDIENTE Y EN CASO CORRESPONDER SE EXPIDE EL CERTIFICADO MEDICO QUE AVALA LA DISCAPACIDAD D. CUMPLIENDO CON LO ANTERIOR, SE PROCEDE A TOMAR LA FOTO, HUELLAS DIGITALES Y FIRMA (EN CASO QUE LO PUEDA HACER) E. DEPENDIENDO DE LA CANTIDAD DE CREDENCIALES POR ELABORAR SE DA UNA FECHA DE ENTREGA F. ENTREGA DE LA CREDENCIAL 	<p>SE PROPORCIONA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PERMITIRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RESPALDARMSOCIALMENTE LA CONDICION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. • CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA ECONOMIA FAMILIAR • CONTAR CON DATOS PARA ELABORAR ESTADISTICAS A NIVEL NACIÓN

<p>CENTRO DE DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA (CENTRO VIDHA)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACTA DE NACIMIENTO (ORIGINAL Y COPIA) 2. DIAGNOSTICO CON HISTORIA CLINICA 3. COPIA DE LA IDENTIFICACION OFICIAL DEL PADRE O TUTOR 4. COPIA DE LA CARTILLA DE VACUNACION ACTUALIZADA 5. CURP (2 COPIAS) 6. ESTUDIO SOCIOECONOMICO REALIZADO POR EL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL (CREE) DE MANERA GRATUITA. 7. 4 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL 	<ol style="list-style-type: none"> A. LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTERESADA, SE PRESENTA EN EL CENTRO SOLICITANDO INSCRIBIRSE COMO ALUMNO B. EL AREA DE TRABAJO SOCIAL LE INFORMA CUALES SON LOS REQUISITOS DE INSCRIPCION C. SE CANALIZA AL AREA CORRESPONDIENTES PARA QUE SE LE REALICE EL ESTUDIO SOCIOECONOMICO D. SE CITA AL BENEFICIARIO PARA VALORACION MEDICA Y PSICOLOGICA (EN CASO DE CONTAR CON ELLAS, SE OMITIESTE PASO) E. SE ASIGNA UNA CUOTA MENSUAL CON RESPECTO A SU ESTUDIO SOCIOECONOMICO F. INFORMAR A LOS PADRES DE LAS 5 AREAS CON LAS CUALES CUENTA EL CENTRO Y EXPLICAR BREVEMENTE SUS FUNCIONES G. SE INFORMA DEL MATERIAL QUE SE UTILIZA DURANTE LA ESTANCIA DEL BENEFICIARIO (PAÑALES, LUNCH, ETC.) H. SE VERIFICA EL HORARIO EL CUAL ES PROPORCIONADO AL PADRE O TUTOR. I. LOS DOCUMENTOS RECABADOS SE INTEGRAN A UN EXPEDIENTE. 	<p>PROPORCIONAR ATENCIÓN CON CALIDAD Y CALIDEZ A NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD DE MANERA INTEGRAL Y CON ALTO SENTIDO HUMANO. CAPACITÁNDOLOS PARA ADQUIRIR MÁS Y MEJORES HABILIDADES QUE FAVORECEN SU DESARROLLO E INCLUSIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y SOCIAL. EL OBJETIVO ES MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ALUMNOS PROCURANDO EL EQUILIBRIO EMOCIONAL Y AFECTIVO, FAVORECIENDO SU COMUNICACIÓN Y EL LAZO FAMILIAR, EL CUAL CONTRIBUYE A SU BIENESTAR GENERA</p>
<p>CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA CIEGOS Y DÉBILES VISUALES. (CAICDV)</p>	<p>SER PERSONA CIEGA Y CON DEBILIDAD VISUAL QUE REQUIERA UN PROCESO DE REHABILITACION PARA LOGRAR VIDA INDEPENDIENTE Y PRODUCTIVA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO (COPIA) 2. CARTILLA DE VACUNACION (COPIA) 3. RESUMEN MEDICO GENERAL 4. CURP (COPIA) 5. 2 FOTOS TAMAÑO INFANTIL 	<ol style="list-style-type: none"> A. LA PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL INTERESADA SE PRESENTA EN EL CENTRO SOLICITANDO INSCRIBIRSE COMO ALUMNO B. EL AREA DE SERVICIOS ESCOLARES LE INFORMA CUALES SON LOS REQUISITOS DE INSCRIPCION C. SE LE CANALIZA A LAS DIFERENTES AREAS DE REHABILITACION DEL CENTRO PARA SER VALORADO POR LOS MAESTROS D. SE LE CANALIZA CON LOS MAESTROS DE APOYO PEDAGODICO E. SERVICIOS ESCOLARES ELABORA EL HORARIO DE CLASES DEL BENEFICIADO DESPUES DE SER EVALUADO F. SE ENTREGA UNA COPIA DEL HORARIO AL ALUMNO. AL MAESTRO Y UNA SE QUEDA E AREA DE SERVICIOS. G. TRABAJO SOCIAL LLENA FICHA DE INSCRIPCION Y REALIZA ESTUDIO SOCIOECONOMICO, Y LA VISITA DOMICILIARIA CORRESPONDIENTE PARA CORROBORAR EL ESTUDIO SOCIOECONOMICO H. SE LE ASIGNA AL BENEFICIADO CUOTA MENSUAL. 	<p>PROPORCIONAR AENCION INTEGRAL A CIEGOS Y DEBILES VISUALES, CAPACITANDOLOS PARA REALIZARSE COMO PERSONAS AUTONOMAS, QUE POSIBILITEN SU INTEGRACION Y PARTICIPACION EN SU MEDIO SOCIAL, A TRAVES DE TECNICAS DE EDUCACION ESPECIAL.</p>

