Gobierno del Estado de Yucatán | DIF Yucatán

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL MÉRIDA

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SNDIF

MODULO DE FOTOCREDENCIALIZACIÓN

CÉDULA DE REGISTRO

CON EL FIN DE AGILIZAR LA CAPTURA DE SUS DATOS FAVOR DE LLENAR LA SIGUENTE SOLICITUD

FECHA DE LLENADO ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
DÍA MES AÑO

Nombre(s) _____

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

FECHA DE NACIMIENTO ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
DÍA MES AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN _____ COLONIA _____

MUNICIPIO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO _____

ESTADO CIVIL : Soltero ☐ Unión Libre ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Casado ☐ No disponible ☐

CUENTA CON : IMSS( ) Oportunidades( ) Seguro Popular( ) ISSSTE( ) Militar( ) OTRO( ) Ninguno( ) _____

NIVEL DE ESTUDIOS Prim( ) Secundaria( ) Preparatoria( ) Profesional( ) Ninguno( ) Educación Especial( )

SABE LEER Y ESCRIBIR SÍ ☐ NO ☐

TRABAJA ACTUALMENTE SÍ ☐ NO ☐

Trabajo: _____

TIPO DE DISCAPACIADAD Neuromotora( ) Visual( ) Auditiva( ) Intelectual( ) Múltiple( )

¿ QUE CAUSÓ EL PROBLEMA DE DISCAPACIDAD ? Nacimiento ( ) Accidente ( ) Enfermedad ( )

¿QUÉ UTILIZA PARA SU DISCAPACIDAD ? Bastón( ) Silla de Ruedas( ) Muletas ( ) Audífonos( ) Andadera( ) Lentes ( ) Prótesis ( ) Otro ( ) Ninguno ( ) _____

RECIBE SERVICIO DE REHABILITACIÓN Terapia Física ( ) Terapia Lenguaje( ) Psicológica( ) Educación Especial ( ) Enseñanza a Señas( ) Otro( ) Ninguno ( ) _____

OCUPACIÓN _____ Habla Maya( ) Español ( )

EN CASO DE ALGÚN IMPREVISTO FAVOR DE AVISAR A:

NOMBRE : _____

DIRECCIÓN : _____ **COLONIA** _____ **MUNICIPIO** _____

PARENTESCO : _____ **TELÉFONO :** _____

FAVOR DE TRAER LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

DOCUMENTOS EN COPIA Y COMPLETOS

* COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO
* COPIA DE LA CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN DEL BENEFICIARIO
* EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS, COPIA DE UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL (INE) DEL BENEFICIARIO
* EN MENOR DE EDAD, EL PADRE, MADRE O TUTOR DEBERÁ PRESENTAR COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (INE)
* COPIA DE COMPROBANTE DOMICILIARIO (ÚNICAMENTE SE ACEPTARÁ LUZ, AGUA, CARTA DE VECINDAD NO MAYOR A TRES MESES)
* COPIA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO DONDE SE INDIQUE EL TIPO DE ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD QUE TENGA EL BENEFICIARIO (NO MAYOR A 3 MESES DESDE LA FECHA DE EXPEDICIÓN)
* EN CASO DE RENOVACIÓN PRESENTAR CREDENCIAL ANTERIOR
* EN CASO DE EXTRAVÍO DE LA CREDENCIAL, DEBERÁ SOLICITAR EN EL DEPARTAMENTO DE FOTO CREDENCIALIZACIÓN DEL CREE, EL FOLIO CORRESPONDIENTE PARA SU RENOVACIÓN
* EN CASO DE SER EXTRANJERO DEBERÁ PRESENTAR LA IDENTIFICACIÓN QUE LO ACREDITA COMO RESIDENTE PERMANENTE O LA CARTA DE NATURALIZACIÓN CORRESPONDIENTE

EN CASO DE RENOVACIÓN DE CREDENCIAL EMITIDA ANTES DE ENERO DE 2019, TRAER LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA

ATENCIÓN EN FOTOCREDENCIALIZACIÓN A LOS TEL. 923.42.75 o al 924.36.16 EXT 115

C.R.E.E. CALLE 59 X 86 Y 90 S/N COL. FCO. I. MADERO

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de **las contribuciones** que pagan todos **los tributantes**. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa será denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente."

Podrá solicitar información respecto de las opciones que tiene para denunciar conductas o hechos que contravengan las disposiciones de las Reglas de operación del programa de subsidios o ayudas denominado Programa de Atención a Personas con Discapacidad al teléfono: o asistiendo a la dirección: **Av. Alemán núm. 355 Col. Itzimna C.P. 97100 Mérida, Yucatán México. Telefono (999) 942-20-30 Departamento Juridico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.**