|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE PROGRAMA DE APOYO A PADRES CON HIJOS CON ALGUNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TRABAJADOR DE PLANTA DE CONTRATO INDEFINIDO** | | | | |
| Apellidos y Nombre (s): | | Número de control: | | |
| CURP: | | | | |
| Lugar de adscripción: | | | | |
| Unidad: | Teléfono: | | | Extensión: |
| **DATOS DE LA BENEFICIARIA O DEL BENEFICIARIO** | | | | |
| Apellidos y Nombre (s): | | Edad: | | |
| Diagnóstico: | | | | |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SE ANEXA (original y copia)** 12 | | | | |
| a) Identificación oficial vigente de la servidora pública o del servidor público (credencial para votar, credencial Institucional o pasaporte). | | |  | |
| b) Acta de nacimiento vigente de la beneficiaria o del beneficiario. | | |  | |
| c) Documento de Identificación oficial vigente de hija(o) que acrediten identidad expedidos por la autoridad correspondiente (credencial ISSSTESON). Si el beneficiario es mayor de edad favor de anexar su INE vigente. | | |  | |
| d) Certificado y/o constancia médica que acredite la discapacidad permanente emitido por alguna institución pública del sector de salud el cual deberá contener los requisitos mínimos de certificado médico por la institución pública y en el que señale la discapacidad. | | |  | |
| e) Credencial Nacional para Personas con Discapacidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia de la Secretaría de Salud de México (legible y vigente). | | |  | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR DE PLANTA**  **DE CONTRATO INDEFINIDO** | | | | |

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE APOYO PARA HIJAS E HIJOS CON DISCAPACIDAD (SUTTITSON)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** | |
|  |  |
|  |  |
| **1. FECHA:** | ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO DE ELABORACIÓN DEL FORMATO. |
| **2. APELLIDOS Y**  **NOMBRE (S):** | ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR(A) DE CONTRATO INDEFINIDO SINDICALIZADO DE CONTRATO INDEFINIDO. |
| **3. NÚMERO DE CONTROL:** | INDICAR EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN COMO TRABAJADOR DE CONTRATO INDEFINIDO SINDICALIZADO. |
| **4. CURP:** | ANOTAR LA CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN. |
| **5. LUGAR DE ADSCRIPCIÓN:** | ESCRIBIR EL NOMBRE DEL DEPARTAMENTO DONDE LABORA EL TRABAJADOR(A) DE CONTRATO INDEFINIDO SINDICALIZADO DE CONTRATO INDEFINIDO |
| **6. UNIDAD:** | ESCRIBIR LA UNIDAD A LA QUE CORRESPONDE LA ADSCRIPCION. |
| **7. TELEFONO:** | ESCRIBIR EL NÚMERO TELEFÓNICO DEL LUGAR DE ADSCRIPCIÓN. |
| **8.EXTENSIÓN:** | ESCRIBIR EL NÚMERO DE EXTENSION DEL LUGAR DE ADSCRIPCIÓN EN CASO DE CONTAR CON UNA. |
| **9. APELLIDOS Y**  **NOMBRE (S):** | ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA BENEFICIARIA O DEL BENEFICIARIO. |
| **10. EDAD:** | INDICAR LA EDAD DE LA BENEFICIARIA O DEL BENEFICIARIO. |
| **11. DIAGNÓSTICO:** | MENCIONAR EL DIAGNÓSTICO EMITIDO POR LA INSTITUCIÓN MÉDICA DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD. |
| **12. DOCUMENTACIÓN**  **QUE SE ANEXA:** | ESPACIO PARA SER REQUISITADO POR EL PROGRAMA DE APOYO A PADRES CON HIJOS CON ALGUNA CONDICION DE DISCAPACIDAD |
| **13. NOMBRE Y FIRMA**  **DEL TRABAJADOR(A) DE CONTRATO INDEFINIDO SINDICALIZADO DE CONTRATO INDEFINIDO** | ANOTAR EL NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR(A) DE CONTRATO INDEFINIDO SINDICALIZADO DE CONTRATO INDEFINIDO |