

**REQUISITOS PARA LA DONACIÓN DE APOYOS
FUNCIONALES: ANDADERAS, MULETAS AXILAR,
BASTÓN CURVO, BASTÓN GUÍA Y MULETA
CANADIENSE.**

- **Solicitud dirigida a la C. Maribel Graciela Salinas Velasco, Directora General del Sistema DIF Oaxaca, con los siguientes datos: nombre, edad, domicilio actual y teléfono para su localización (Original y copia).**
- **Formato para donación** de Apoyos Funcionales (Original y copia)
- **Certificado médico:** Certificado médico firmado por el médico con cédula profesional o con sello de la Institución Pública que lo expida en el caso de los Médicos Pasantes en Servicio Social, anotando el padecimiento o discapacidad, con antigüedad no mayor a 24 meses (Original y copia).
- **Original y copia del INE del solicitante o del tutor** en caso de ser menor de edad; en caso de no contar con INE presentar constancia de origen y vecindad (2 copias).
- **Acta de nacimiento** (2 copias).
- **CURP** (2 copias).
- **Comprobante de domicilio** (puede ser recibo de agua, luz, teléfono o constancia de vecindad expedida por su comunidad o municipio (2 copias).
- **Formato de estudio socioeconómico y aviso de privacidad firmado por el beneficiario o el familiar responsable** (En caso de ser foráneos, las Autoridades Municipales o Delegadas Regionales del DIF Estatal deberán rellenar el formato de estudio socioeconómico de manera clara y precisa) (Original y copia).

NOTA: El nombre del beneficiario debe coincidir con sus documentos.

ENTREGAR en el módulo de la Coordinación de Atención Ciudadana y Vinculación Social ubicada en Calle General Vicente Guerrero N° 114, Colonia Miguel Alemán, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, en un horario de 9:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

IMPORTANTE: Guardar copia de la Solicitud sellada de recibido por Coordinación de Atención Ciudadana y Vinculación Social (Acuse)

FORMATO DE ENCUESTA SOCIOECONÓMICA
ENCUESTA SOCIOECONÓMICA
DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____ CP: _____

SERVICIO QUE SOLICITA: _____ TEL: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____

CP: _____ TEL: _____ ORIGINARIO: _____

PARENTESCO: _____

INTEGRACION FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD

INGRESO FAMILIAR

INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA: _____ TOTAL: _____

EGRESO FAMILIAR MENSUAL

ALIMENTACION: _____ CASA: _____ LUZ: _____ AGUA: _____

COMBUSTIBLE: _____ GASTOS EXTRAS: _____ TOTAL: _____

TIPO DE VIVIENDA: _____

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y SELLO OFICIAL DE QUIEN ELABORÓ:

 (AUTORIDAD MUNICIPAL, DELEGADA REGIONAL O TRABAJADORA SOCIAL)

FORMATO PARA DONACIÓN DE APOYOS FUNCIONALES																					
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	FECHA: DD/MM/AA																		
DIRECCIÓN:																					
TELEFONO:		OTRO CONTACTO:																			
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	SEXO:																		
ALTURA:	PESO:	TIEMPO CON LA DISCAPACIDAD:																			
TIPO DE DISCAPACIDAD: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">ANDADERA</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">BASTON CURVO</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">MULETA CANADIENSE</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MULETA AXILAR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>BASTON GUIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>BASTON DE 4 PUNTOS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ANDADERA INFANTIL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>MULETA AXILAR INFANTIL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>MULETA CANADIENSE INFANTIL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				ANDADERA	<input type="checkbox"/>	BASTON CURVO	<input type="checkbox"/>	MULETA CANADIENSE	<input type="checkbox"/>	MULETA AXILAR	<input type="checkbox"/>	BASTON GUIA	<input type="checkbox"/>	BASTON DE 4 PUNTOS	<input type="checkbox"/>	ANDADERA INFANTIL	<input type="checkbox"/>	MULETA AXILAR INFANTIL	<input type="checkbox"/>	MULETA CANADIENSE INFANTIL	<input type="checkbox"/>
ANDADERA	<input type="checkbox"/>	BASTON CURVO	<input type="checkbox"/>	MULETA CANADIENSE	<input type="checkbox"/>																
MULETA AXILAR	<input type="checkbox"/>	BASTON GUIA	<input type="checkbox"/>	BASTON DE 4 PUNTOS	<input type="checkbox"/>																
ANDADERA INFANTIL	<input type="checkbox"/>	MULETA AXILAR INFANTIL	<input type="checkbox"/>	MULETA CANADIENSE INFANTIL	<input type="checkbox"/>																
¿EN QUÉ TIPO DE TERRENO USARÁ EL APOYO FUNCIONAL?																					
ARENA: _____		CAMINO PAVIMENTADO: _____																			
GRAVA SUELTA: _____		OTRO: _____																			
<p>Al ser beneficiario, me comprometo a cuidar y hacer buen uso del apoyo funcional; por lo que, en caso de algún defecto por uso correrá por parte del beneficiario.</p>																					
_____ FIRMA DEL BENEFICIARIO O FAMILIAR RESPONSABLE																					

ANEXO 10: AVISO DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Oaxaca, con domicilio en calle General Vicente Guerrero número 114, Colonia Miguel Alemán Valdéz, Código Postal 68120, hace de su conocimiento que con fundamento en lo previsto por los artículos 3, fracción VII y VIII, 20 y 21 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca, su información personal será utilizada para identificación de las personas que solicitan servicios de asistencia social; verificación del cumplimiento de los requisitos y criterios de selección aplicables a los servicios de asistencia social; identificación de los beneficiarios para la entrega de apoyos a beneficios sociales; integración del padrón de personas beneficiarias de los programas de asistencia social; publicación de obligaciones de transparencia y evaluar la calidad del servicio que le brindamos.

Para las finalidades antes mencionadas, requerimos los siguientes datos personales: Nombre completo del solicitante, Sexo, Fecha de Nacimiento, Estado y Municipio de Nacimiento, Edad, Estado Civil, Firma, Domicilio, Correo Electrónico, Número Telefónico Personal, Identificación Oficial, Clave Única de Registro de Población, Registro Federal de Contribuyentes, Datos Relativos a su Estado Social-Económico. Además de los Datos Personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente aviso de privacidad utilizaremos los siguientes datos personales sensibles, que requieren de especial protección: Historial Clínico o Certificado Médico (en algunos casos).

Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente Aviso de Privacidad.

Nombre completo y firma autógrafa del titular de los datos personales, en caso de no contar con firma agregar huella digital del titular de los datos personales.

Para conocer dichos procedimientos, los requisitos y plazos, se puede poner en contacto con nuestra Unidad de Transparencia, ubicado en calle General Vicente Guerrero número 114, Colonia Miguel Alemán Valdez, Código Postal 68120, Teléfono: 951 501 5050 Ext. 1301, o a los correos electrónicos: dif.unidadenlace@oaxaca.gob.mx y dif.transparencia@oaxaca.gob.mx

os reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad correspondiente a leyes, reglamentos, decretos, diversos trámites, servicios que se brindan al público en General, y de nuestras propias necesidades por los servicios que ofrecemos; así como para la atención de novedades legislativas o jurisprudenciales y políticas internas. En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento en nuestro portal de Internet <http://difoaxaca.gob.mx/> Asimismo, le informamos que sus datos personales pueden ser transferidos y tratados por personal de las áreas del Sistema DIF Oaxaca, previa autorización.

Le comunicamos que los datos personales que recabamos son de forma directa, es decir, usted mismo nos los proporciona, debido a que, de no contar con esta información, no estaríamos en posibilidad de cumplir con el objetivo de este Sistema DIF Estatal, que es la de promover y prestar servicios de asistencia social a los diversos sectores de la población Oaxaqueña.

Ejercicio de los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO).

Usted tiene derecho de acceder a sus datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos, así como a rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; cancelarlos cuando considere que no se requieren para alguna de las finalidades señalados en el presente Aviso de Privacidad, estén siendo utilizados para finalidades no consentidas o haya finalizado la relación laboral, o bien, oponerse al tratamiento de los mismos para fines específicos.

Conforme a lo señalado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca, usted podrán solicitar el acceso, la certificación, la cancelación (en caso que esta sea legalmente procedente) u oponerse al uso de los datos personales que hayan sido proporcionados, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Oaxaca, revisará los datos que tiene almacenados de usted, si así lo solicita en ejercicio de sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), por escrito a los correos electrónicos: dif.unidadenlace@oaxaca.gob.mx y dif.transparencia@oaxaca.gob.mx. En todos los casos en que sea procedente su solicitud en términos de lo señalado por los artículos 46, 47, 48 y 49 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca, la entrega de los datos personales será gratuita, y usted deberá cubrir únicamente los gastos justificados de envío o con el costo de reproducción en copias u otros formatos que se generen.

Si usted considera que su derecho de protección de datos personales ha sido lesionado por alguna conducta de nuestros empleados o de nuestras actuaciones o respuestas, presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Oaxaca, podrá interponer la denuncia correspondiente, ante el Órgano Garante de Acceso a la Información Pública, Transparencia, Protección de Datos Personales y Buen Gobierno del Estado de Oaxaca (OGAIPO), en términos de los artículos 162, 163 de la Ley de Transparencia, acceso a la información pública y buen Gobierno del Estado de Oaxaca. Para mayor información visite <https://ogaipoaxaca.org.mx/site>

De igual forma, puede acudir a la Unidad de Transparencia del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Oaxaca, ubicada en calle General Vicente Guerrero número 114, Colonia Miguel Alemán Valdez, Código Postal 68120, Teléfono: 951 5015050 Ext. 1301 o a los correos electrónicos dif.unidadenlace@oaxaca.gob.mx dif.transparencia@oaxaca.gob.mx.

