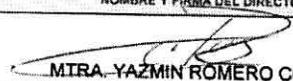


HOMOCLAVE		AC-DIF-27		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
APOYOS DE DESPENSA					
Detectar a familias en situación de pobreza vulnerabilidad o marginación.					
II. MODALIDAD.					
PRESENCIAL					
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
Ley de asistencia social del Estado de Guanajuato y las Reglas de Operación del Sistema Estatal Dif para el Ejercicio 2019.					
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.					
Pueden solicitar el apoyo adultos mayores de 60 a 64 años de edad y personas con discapacidad que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad y pobreza.					
PASOS					
1.- Acudir a DIF a solicitar el servicio.					
2.- Llevar requisitos.					
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.					
1. Una Copia de la Identificación oficial.				SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
2. Una Copia del Comprobante de domicilio.				n/a	
3.- Se realizará estudio socioeconómico y visita domiciliaria.				n/a	
3.- Se determinará si realmente necesita el apoyo.				n/a	
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.					
No aplica.					
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.					
No se cuenta.				FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
n/a					
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.					
En ocasiones visita domiciliaria, para verificar la información proporcionada por el usuario.					
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
T.S. Maricela Ramirez Monroy		17 2 51 51 ó 17 2 04 73 ext 2		dif.direccion@hotmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
15 días aproximadamente.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN			
		Afirmativa Ficta		no	
		Negativa Ficta		si	
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.					
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.				15 días	
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.				15 días	
Ninguno. Solo cumplir los requisitos.				n/a	
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.					
3 meses aproximadamente.					
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
Acudir con la tarjeta proporcionada por T.S. al beneficiario.					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Acámbaro, Gto.			
ÁREA O DEPARTAMENTO		TRABAJO SOCIAL.			
DOMICILIO (S)		AV. 1RO DE MAYO #1598, COL. CENTRO, ACAMBARO, GTO.			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.					
LUNES A VIERNES DE 8: 30 am A 3: 30 pm					
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.					
DOMICILIO (S)		AV. 1RO DE MAYO #1598, COL. CENTRO, ACAMBARO, GTO.			
TELÉFONO (S)		01 417 17 2 51 51 ext. 2			
CORREO ELECTRÓNICO (S)		dif.direccion@hotmail.com			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO					
DEPENDENCIA		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
Contraloría Municipal		417 1160300		acoscontraloria@gmail.com	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
EXPEDIENTE.					
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR				SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
 MTRA. YAZMIN ROMERO CORRAL Directora General Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Acámbaro, Gto.					