CTAY POESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO  CTAY PACIENTES CON ENfermedades menta DALIDAD.  ENCIAL INDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL de asistencia social del Estado de Gua ECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O I den solicitar el apoyo personas con el CCUDIR A DIF a solicitar el servicio.  Jevar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS. na Copia de la Identificación oficial de na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil Diagnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e IPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI IPLICA.  INF PARA DESCARGA DE FORMATO.	DESCUENTO PARA ATEI  lles en situación de pobreza vulners  TRÁMITE O SERVICIO.  Inajuato y las Reglas de Operacio DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERV  Infermedad mental que se encue  PASC  El paciente lio del paciente.  Ciòn a psiquiatria el apovo.	ibilidad o marginaci ón del Sistema Est IICIO Y PASOS PARA L entren en condicio ss	A don.  atal Dif para el Ejercic LEVARLO A CABO. nes de vuinerabilida:  D. NECESITA FIRMA DE VAU CALLALA PRANCICA DE VAU CALLA PRANCICA DE	d y pobreza.  DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ
ctar pacientes con enfermedades menta DALIDAD.  IENCIAL  INDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL de asistencia social del Estado de Gua ECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O I den solicitar el apoyo personas con el cudir a DIF a solicitar el servicio.  Ievar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil Jiagnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e iPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI IPILICA.	DESCUENTO PARA ATEI  lles en situación de pobreza vulners  TRÁMITE O SERVICIO.  Inajuato y las Reglas de Operacio DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERV  Infermedad mental que se encue  PASC  El paciente lio del paciente.  Ciòn a psiquiatria el apovo.	ibilidad o marginaci ón del Sistema Est IICIO Y PASOS PARA L entren en condicio ss	on.  atal Dif para el Ejerci LEVARLO A GABO.  nes de vuinerabilidad  D. NECESITA FIRMA DE VALI  n/	d y pobreza.  DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ
iencial  Indamento Juridico de La existencia del de asistencia social del Estado de Gua de recipion de Los casos en que puede o den solicitar el apoyo personas con el cudir a DIF a solicitar el servicio.  Jevar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REGUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de den jugnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e ppecificar si el Trámite o Servicio se pre iplica.	iles en situación de pobreza vulners  TRÁMITE O SERVICIO.  Inajuato y las Reglas de Operacio DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERV Infermedad mental que se encue  PASC  El paciente lio del paciente.  Ciòn a psiquiatria	ibilidad o marginaci ón del Sistema Est IICIO Y PASOS PARA L entren en condicio ss	on.  atal Dif para el Ejerci LEVARLO A GABO.  nes de vuinerabilidad  D. NECESITA FIRMA DE VALI  n/	d y pobreza.  DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ
iencial  Indamento Juridico de La existencia del de asistencia social del Estado de Gua de recipion de Los casos en que puede o den solicitar el apoyo personas con el cudir a DIF a solicitar el servicio.  Jevar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REGUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de den jugnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e ppecificar si el Trámite o Servicio se pre iplica.	. TRÁMITE O SERVICIO. Inajuato y las Reglas de Operacio Inajuato y la Reglas de Operacio Inajuato y la Reglas de Operacion Inajuato y las Reglas de Operacion Inajuato y la Reglas de Operacion Ina	ón del Sistema Esta ricio y Pasos Para L entren en condicio es	atal Dif para el Ejerci LEVARLO A GABO. nes de vuinerabilida D. NECESITA FIRMA DE VAU DI LATA APPENIMENTA DE VAU N/	d y pobreza.  DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ
iencial  Indamento Juridico de La existencia del de asistencia social del Estado de Gua de recipion de Los casos en que puede o den solicitar el apoyo personas con el cudir a DIF a solicitar el servicio.  Jevar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REGUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de den jugnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e ppecificar si el Trámite o Servicio se pre iplica.	. TRÁMITE O SERVICIO. Inajuato y las Reglas de Operacio Inajuato y la Reglas de Operacio Inajuato y la Reglas de Operacion Inajuato y las Reglas de Operacion Inajuato y la Reglas de Operacion Ina	ón del Sistema Esta ricio y Pasos Para L entren en condicio es	atal Dif para el Ejerci LEVARLO A GABO. nes de vuinerabilida D. NECESITA FIRMA DE VAU DI LATA APPENIMENTA DE VAU N/	d y pobreza.  DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ
iENCIAL INDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL de asistencia social del Estado de Gua ECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O I den solicitar el apoyo personas con el tudir a DIF a solicitar el servicio. levar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS. na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicial liagnòstico donde indique la canaliza- igualizará estudio socioeconomico. de determinará si realmente necesita e ipecificar si el Trámite O SERVICIO SE PRI iplica.	inajuato y las Reglas de Operacio DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERV Infermedad mental que se encue PASC El paciente lio del paciente. Ciòn a psiquiatria	ICIO Y PASOS PARA L Entren en condicio ES	LEVARLO A CABO.  nes de vuinerabilidar  D. NECESITA FIRMA DE VALI CALLALI A PREPARACION DE VALI CALLA	d y pobreza.  DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ
INDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL de asistencia social del Estado de Gua ECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O I den solicitar el apoyo personas con el cudir a DIF a solicitar el servicio.  levar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS. na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil liagnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e iPEGIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI iplica.	inajuato y las Reglas de Operacio DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERV Infermedad mental que se encue PASC El paciente lio del paciente. Ciòn a psiquiatria	ICIO Y PASOS PARA L Entren en condicio ES	LEVARLO A CABO.  nes de vuinerabilidar  D. NECESITA FIRMA DE VALI CALLALI A PREPARACION DE VALI CALLA	d y pobreza.  DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ
den solicitar el apoyo personas con el cudir a DIF a solicitar el servicio.  levar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil liagnòstico donde indique la canalizace realizará estudio socioeconomico.  de determinará si realmente necesita el IPEGIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI IPILICA.	pebe REALIZARSE EL TRAMITE O SERVINIFEMBRE DE CONTROL PASCO	ICIO Y PASOS PARA L Entren en condicio ES	LEVARLO A CABO.  nes de vuinerabilidar  D. NECESITA FIRMA DE VALI CALLALI A PREPARACION DE VALI CALLA	d y pobreza.  DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ
den solicitar el apoyo personas con el cudir a DIF a solicitar el servicio.  levar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil liagnòstico donde indique la canalizace realizará estudio socioeconomico.  de determinará si realmente necesita e ipecificar si el Trámite o Servicio Se pre iplica.	pebe REALIZARSE EL TRAMITE O SERVINIFEMBRE DE CONTROL PASCO	ICIO Y PASOS PARA L Entren en condicio ES	LEVARLO A CABO.  nes de vuinerabilidar  D. NECESITA FIRMA DE VALI CALLAL A PROPAGENTA DE L'ALLA PROPAGENTA DE L'AL	d y pobreza.  DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ
ccudir a DIF a solicitar el servicio.  levar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil liagnòstico donde indique la canalizaz de realizará estudio socioeconomico.  e realizará estudio socioeconomico.  e determinará si realmente necesita e iPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI iplica.	el paciente lio del paciente. ciòn a psiquiatria	98 (1771)	NECESITA FIRMA DE VALI CALANTA DEBENDA O CO N/	DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ.
ccudir a DIF a solicitar el servicio.  levar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil liagnòstico donde indique la canalizaz de realizará estudio socioeconomico.  e realizará estudio socioeconomico.  e determinará si realmente necesita e iPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI iplica.	el paciente lio del paciente. ciòn a psiquiatria	98 (1771)	NECESITA FIRMA DE VALI CALANTA DEBENDA O CO N/	DACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZ.
levar requisitos.  SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil Jiagnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico.  e determinará si realmente necesita e IPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI IPILICA.	lio del paciente. Liòn a psiquiatria el apovo.	SI EL REQUISITO	n/	a
SCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.  na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil liagnòstico donde indique la canalizace realizará estudio socioeconomico.  e determinará si realmente necesita e i PEGIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI Iplica.	lio del paciente. Liòn a psiquiatria el apovo.	SI EL REQUISITO	n/	a
na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil liagnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e IPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI Iplica.	lio del paciente. Liòn a psiquiatria el apovo.	SI EL REQUISITO	n/	a
na Copia de la Identificación oficial de na Copia del Comprobante de domicil Diagnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e IPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRE IPIlica.	lio del paciente. Liòn a psiquiatria el apovo.	META BUFFA FE	n/	a
na Copia del Comprobante de domicil liagnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e IPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI Iplica.	lio del paciente. Liòn a psiquiatria el apovo.		n/	
liagnòstico donde indique la canalizac e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e IPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI Iplica.	ciòn a psiquiatria el apovo.			d
e realizará estudio socioeconomico. e determinará si realmente necesita e IPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI IPLICA.	el apovo.		n/a n/a	
e determinará si realmente necesita e PECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI Iplica.	el apoyo. Esenta mediante formato, escrito		n/a	
IPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRI IPLICA.	ESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO			1
iplica.		LIBRE, AMBOS O POF	R OTRO MEDIO.	
INK PARA DESCARGA DE FORMATO.				
			FECHA DE PUBLICAC	IÓN DEL FORMATO
No se cue			n/	a
N CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA	A INSPECCION, VISITA DOMICILIARIA O	VERIFICACION.		
IPLICA.  LTOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE	DEL TRÉMETE O PERIACIO			
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	41702	200	REDELECTRONICO
T.S. Maricela Ramirez Monroy				ccion@hotmail.com
AZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO			A QUE APLICA A SU RESO	
1 a 2 días aproximadamente.	Afirmatiya Ficta	no no	Negativa Ficta	si si
AZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA	The state of the s			1 a 2 dias
LAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.				1 a 2 dias
ONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIEN	Control of the Contro	ALTE	RNATIVAS PARA REALIZA	AR EL PAGO
Ninguno. Solo cumplir los rec agencia de La Resolución que se emite.	quisitos.  n/a		Vallet State Commission of the	
Onsideración del osiquiatra para :	ser dado de alta			
	THE PARTY OF THE P			
dir a su consulta con recibo de pago el NIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE	HILLIA POF EFUIT MPAI E PUEDE PRESENTAR FFTRÂMITE O CE	RVICIO Y SUS DOLECO	ine #	
	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Acámbaro, Gto.  TRABAJO SOCIAL.			
	/. 1RO DE MAYO #1598, COL. CE	NTRO, ACAMBARO	O. GTO.	
IORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.				
ES A VIERNES DE 8: 30 am A 3: 30 pm				1
DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSUL				
	AV. 1RO DE MAYO #1598, COL. CENTRO, ACAMBARO, GTO.			
	01 417 17 2 51 51 ext. 2			
500	.direccion@hotmail.com		A	
DEPENDENCIA	ures para reportar presuntas an Teléfono	UMALIAS EN LA GESTI		PYRÁNICA TOTAL
Contraloria Municipal	TELEFONO CORREO ELECTRÓNICO 417 1180300 acocontraloria@gmail.e			
INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PAR		N Y VERIFICACIÓN CO	ON MOTIVO DEL TRAMITE	O SERVICIO.
EDIENTE.	The state of the s			
NOMBRE Y FIRMA DE	EL-DIRECTOR_		SELLO DE LA	DIRECCIÓN.
			ETA BEST	المحدوا
MTRA. YAZMIN RON				