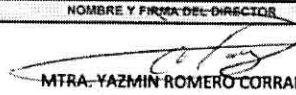


Registro de Trámites y Servicios Municipio de Acámbaro, Guanajuato			
HOMOCLAVE	AC-DIF-33	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	ene-22
NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
DESCUENTO PARA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA			
Atender a pacientes con enfermedades mentales en situación de pobreza vulnerabilidad o marginación. OBJETIVO DE LA ATENCIÓN. FINALIDAD. INDICADOR JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. de asistencia social del Estado de Guanajuato y las Reglas de Operación del Sistema Estatal DIF para el Ejercicio 2019. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. den solicitar el apoyo personas con enfermedad mental que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad y pobreza.			
PASOS			
Acudir a DIF a solicitar el servicio. Llevar requisitos.			
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.			
SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O OTRO TIPO DE APROBACIÓN, INDICAR EN LA FIRMA.			
na Copia de la Identificación oficial del paciente		n/a	
na Copia del Comprobante de domicilio del paciente.		n/a	
Diagnóstico donde indique la canalización a psiquiatría		n/a	
e realizará estudio socioeconómico.		n/a	
e determinará si realmente necesita el apoyo.			
ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
Aplica.			
LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
No se cuenta.		n/a	
EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.			
Aplica.			
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	
TIPO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
1 a 2 días aproximadamente.		Alternativa Ficta	no
		Negativa Ficta	si
TIPO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.		1 a 2 días	
TIPO DE PREVENCIÓN PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		1 a 2 días	
TIPO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO	
Ninguno. Solo cumplir los requisitos.		n/a	
AGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.			
Consideración del psiquiatra para ser dado de alta			
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Dir a su consulta con recibo de pago emitida por el DIF Mpal			
CONDICIONES 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.		
UNIDAD DEPARTAMENTO	TRABAJO SOCIAL.		
CILIO (S)	AV. 1RO DE MAYO #1598, COL. CENTRO, ACAMBARO, GTO.		
HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.			
ES A VIERNES DE 8:30 am A 3:30 pm			
DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.			
CILIO (S)	AV. 1RO DE MAYO #1598, COL. CENTRO, ACAMBARO, GTO.		
FONO (S)	01 417 17 2 51 51 ext. 2		
TELEFONO ELECTRÓNICO (S)	dif.direccion@hotmail.com		
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO			
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
Contraloría Municipal	417 1180300	acocentraloria@gmail.com	
INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
EDIENTE.			
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR		SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
 MTRA. YAZMIN ROMERO CORRAL Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Acámbaro, Gto		 	