



SOLICITUD DE APOYOS FUNCIONALES

TLALNELHUAYOCAN, VER., A ____ DE _____ DE 202__.

Nombre del Solicitante:

Tipo de apoyo funcional:

Discapacidad:

Solicito a Usted Aparato Funcional (Ley de Asistencia Social, Ley General de Salud, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad)

Anexo **copias simples legibles** de la siguiente documentación:

- Oficio de Petición.
- Copia de identificación oficial vigente **del Beneficiario(a)**. (Credencial del INE/IFE, cartilla militar, licencia de manejo, pasaporte)
- CURP.
- Acta de Nacimiento.
- Comprobante de domicilio.
- Certificado Médico.
- Fotografía del beneficiario.
- No. telefónico: _____

**NOMBRE Y FIRMA
(BENEFICIARIO(A))**

Fundamentación Legal: Ley de Asistencia Social, Ley General de Salud, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad.