

## FICHA TÉCNICA – SISTEMA ESTATAL DIF

**DEPENDENCIA:** SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**DIRECCION:** ATENCIÓN A GRUPOS PRIORITARIOS

**DEPARTAMENTO RESPONSABLE:** ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

**NOMBRE:** APOYO A MUJERES JEFAS DE FAMILIA

**TIPO:** TRÁMITE

DATOS INFORMATIVOS	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	EL GOBIERNO DE TLAXCALA, MEDIANTE EL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SEDIF), PROPORCIONA APOYO A MUJERES JEFAS DE FAMILIA QUE VIVEN EN EL ESTADO Y QUE SON RESPONSABLES DEL SUSTENTO Y CUIDADO DE SUS HIJOS, HIJAS Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS. ESTE PROGRAMA TIENE COMO OBJETIVO BRINDARLES HERRAMIENTAS Y OPORTUNIDADES PARA MEJORAR SUS CONDICIONES DE VIDA, IMPULSÁNDOLAS MEDIANTE EMPRENDIMIENTOS, TOMANDO EN CUENTA SUS HABILIDADES PARA DESARROLLARLOS, Y ASÍ PUEDAN TENER UN CRECIMIENTO PERSONAL Y ECONÓMICO, PRINCIPALMENTE.
<b>A QUIÉN VA DIRIGIDO:</b>	MUJERES JEFAS DE FAMILIA QUE RADICAN DENTRO DEL TERRITORIO DEL ESTADO DE TLAXCALA, QUE ASUMEN LA RESPONSABILIDAD DE MANUTENCIÓN Y CUIDADO DE SUS HIJOS, HIJAS Y/O REPRESENTADOS, QUE PRESENTAN UNA O MÁS CARENCIAS SOCIALES Y CUYO INGRESO ES IGUAL O SUPERIOR A LA LÍNEA DE POBREZA POR INGRESOS.
<b>HORARIO DEL SERVICIO:</b>	DE LUNES A VIERNES EN HORARIO DE 9:00 A 15:00 HORAS. Y DE 16:00 A 18:00 HORAS.
<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	30 DÍAS HÁBILES
<b>DOCUMENTO O PRODUCTO QUE SE OBTIENE</b>	KIT PARA EL EMPRENDIMIENTO QUE LES FACILITE A LAS MUJERES JEFAS DE FAMILIA EL INCIO Y/O DESARROLLO DE SUS PROPIOS NEGOCIOS.
<b>HOMOCLAVE:</b>	TR-SEDIF-001
<b>TIPO DE TRÁMITE EN INTERNET:</b>	INFORMATIVO
<b>NIVEL 2:</b>	FORMATO DE SOLICITUD
<b>LINK FORMATO ADJUNTO:</b>	<a href="https://dif.tlaxcala.gob.mx/2024/tramites_y_servicios/vulnerabilidad/001_FORMATO_SOLICITUD.pdf">https://dif.tlaxcala.gob.mx/2024/tramites_y_servicios/vulnerabilidad/001_FORMATO_SOLICITUD.pdf</a>
<b>VIGENCIA:</b>	MARZO - SEPTIEMBRE DE LA RECEPCIÓN DE SOLICITUDES A LA ENTREGA DEL KIT
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO:</b>	LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO DE TLAXCALA
<b>DESCRIPCIÓN:</b>	CAPÍTULO IV DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL <b>ARTÍCULO 13.</b> LOS SERVICIOS BÁSICOS DE ASISTENCIA SOCIAL SE PROPORCIONARÁN A LOS BENEFICIARIOS MENCIONADOS EN ESTA LEY Y SERÁN LOS SIGUIENTES:  FRACCIÓN X. PROMOCIÓN DEL DESARROLLO, EL MEJORAMIENTO Y LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR DE LA POBLACIÓN CON CARENCIAS, MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN ACTIVA CONSCIENTE Y ORGANIZADA EN ACCIONES QUE SE LLEVEN A CABO EN SU PROPIO BENEFICIO.
<b>LINK:</b>	<a href="https://dif.tlaxcala.gob.mx/2023/identidad/marco_normativo/ley_estatal/LEY_DE_ASISTENCIA_SOCIAL_PARA_EL_ESTADO_DE_TLAXCALA.pdf">https://dif.tlaxcala.gob.mx/2023/identidad/marco_normativo/ley_estatal/LEY_DE_ASISTENCIA_SOCIAL_PARA_EL_ESTADO_DE_TLAXCALA.pdf</a>

DATOS DEL PROCESO	
<b>REQUISITOS:</b>	<p>LAS INTERESADAS EN SER BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA, DEBERÁN PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:</p> <p><b>A. DE LA SOLICITANTE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOLICITUD DIRIGIDA A LA PRESIDENTA HONORÍFICA DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (EN ORIGINAL Y UNA COPIA SIMPLE).</li> <li>2. IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE, CON FOTOGRAFÍA (EN ORIGINAL Y UNA COPIA SIMPLE);</li> <li>3. CURP ACTUALIZADA (DENTRO DE LOS TRES MESES PREVIOS A LA SOLICITUD) (IMPRESIÓN ORIGINAL);</li> <li>4. COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE: RECIBO DE LUZ O AGUA, NO MAYOR A TRES MESES DE ANTIGÜEDAD, O RECIBO DE PAGO DEL PREDIAL. EN CASO DE QUE LOS DATOS DEL DOMICILIO REGISTRADOS EN LA IDENTIFICACIÓN NO PUEDAN ACREDITARSE CON ALGÚN COMPROBANTE DE DOMICILIO PREVISTO, SE DEBERÁ PRESENTAR UNA CONSTANCIA DE RADICACIÓN.</li> </ol>

## FICHA TÉCNICA – SISTEMA ESTATAL DIF

	<p>5. CONSTANCIA DE JEFATURA DE HOGAR, EXPEDIDA POR AUTORIDAD COMPETENTE, EN LA QUE SE ESPECIFIQUE LO SIGUIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. NOMBRE COMPLETO DE LA JEFA DE FAMILIA</li> <li>b. DOMICILIO</li> <li>c. OCUPACIÓN ACTUAL</li> <li>d. INGRESO ECONÓMICO QUE PERCIBE POR SU ACTIVIDAD ECONÓMICA</li> <li>e. NÚMERO, NOMBRE/S Y EDAD/ES DE SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS</li> </ol> <p>DE ACUERDO CON EL CASO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CONSTANCIA DE SOLTERÍA EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD ENCARGADA DEL REGISTRO CIVIL (ART. 555 Y 555 BIS FRACC. V DEL CÓDIGO CIVIL PARA EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE TLAXCALA); O</li> <li>b. ACTA DE DIVORCIO; O</li> <li>c. ACTA DE DEFUNCIÓN DEL CÓNYUGE.</li> </ol> <p>6. SI ES EL CASO, DOCUMENTO EXPEDIDO POR DEPENDENCIA DE SALUD PÚBLICA, EN QUE SE HAGA CONSTAR QUE LA SOLICIANTE PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y/O PADECE DE ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA QUE LA INCAPACITA.</p> <p><b>B. DE SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS MENORES DE EDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ACTA DE NACIMIENTO (UNA COPIA SIMPLE);</li> <li>2. CURP ACTUALIZADA (DENTRO DE LOS TRES MESES PREVIOS A LA SOLICITUD);</li> <li>3. CONSTANCIA DE ESTUDIOS EXPEDIDA POR INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PÚBLICA, SI SE ENCUENTRAN EN EDAD ESCOLAR; Y</li> <li>4. SI ES EL CASO, DOCUMENTO EXPEDIDO POR DEPENDENCIA DE SALUD PÚBLICA, EL CUAL DEBERÁ ESPECIFICAR LO SIGUIENTE:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. FECHA DE EXPEDICIÓN (DENTRO DEL AÑO EN CURSO)</li> <li>b. NOMBRE COMPLETO DE LA / EL PACIENTE</li> <li>c. DIAGNÓSTICO EN QUE SE HAGA CONSTAR QUE PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y/O PADECE DE ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA INCAPACITANTE</li> <li>d. NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO</li> </ol> </li> </ol> <p><b>C. DE SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS MAYORES DE EDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE, CON FOTOGRAFÍA (UNA COPIA SIMPLE);</li> <li>2. CURP ACTUALIZADA (ORIGINAL DENTRO DE LOS TRES MESES PREVIOS A LA SOLICITUD);</li> <li>3. CONSTANCIA DE ESTUDIOS EXPEDIDA POR INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PÚBLICA, SI SE ENCUENTRA CURSANDO ESTUDIOS;</li> <li>4. SI ES EL CASO, DOCUMENTO EXPEDIDO POR DEPENDENCIA DE SALUD PÚBLICA, EL CUAL DEBERÁ ESPECIFICAR LO SIGUIENTE:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. FECHA DE EXPEDICIÓN (DENTRO DEL AÑO EN CURSO);</li> <li>b. NOMBRE COMPLETO DE LA / EL PACIENTE;</li> <li>c. DIAGNÓSTICO EN QUE SE HAGA CONSTAR QUE PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y/O PADECE DE ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA INCAPACITANTE QUE LE IMPIDE GENERAL INGRESOS ECONÓMICOS;</li> <li>d. NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>PASOS:</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- ACUDIR A LAS INSTALACIONES DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SEDIF), UBICADAS EN CALLE JOSÉ MA. MORELOS No. 5, COLONIA CENTRO, C.P. 90000, TLAXCALA, TLAXCALA, Y PRESENTAR LA SOLICITUD DE APOYO EN OFICIALÍA DE PARTES;</li> <li>2.- PRESENTAR ANTE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (<b>DAPSV</b>) LA SOLICITUD DE APOYO, CON SELLO DE RECIBIDO Y FOLIO EMITIDO POR LA OFICIALÍA DE PARTES DEL SEDIF, ASÍ COMO LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA;</li> <li>3.- UNA VEZ PRESENTADA TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (DAPSV), REALIZARÁ EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO A LA SOLICITANTE;</li> <li>4.- EL DAPSV ANALIZARÁ LA DOCUMENTACIÓN Y LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA DETERMINAR SI LA SOLICITANTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA. EN CASO DE CUMPLIR CON LO PREVISTO LA INTEGRARÁ EN LA LISTA DE PRELACIÓN EN ESPERA;</li> <li>5.- EL DAPSV NOTIFICARÁ, POR LOS MEDIOS PERTINENTES, A QUIENES NO CUMPLAN LOS REQUISITOS Y/O LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA;</li> <li>6.-</li> </ol>

## FICHA TÉCNICA – SISTEMA ESTATAL DIF

	<p>7.- LAS JEFAS DE FAMILIA QUE HAYAN CUMPLIDO LOS REQUISITOS SERÁN CONVOCADAS A PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DETERMINADAS POR EL SEDIF;</p> <p>8.- LAS JEFAS DE FAMILIA PARTICIPARÁN EN LAS ACTIVIDADES ORGANIZADAS POR EL SEDIF;</p> <p>9.- CON QUIENES PARTICIPEN EN DICHAS ACTIVIDADES, EL DAPSV INTEGRARÁ LA LISTA DE BENEFICIARIAS DEL KIT PARA EL EMPRENDIMIENTO. SI AÚN QUEDARAN ESPACIOS DISPONIBLES, SE COMPLETARÁ LA LISTA CON SOLICITANTES DE LA LISTA DE PRELACIÓN EN ESPERA COMO PREVÉN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA;</p> <p>10.- EL DAPSV PROPORCIONARÁ INFORMACIÓN SOBRE EL MECANISMO DE ENTREGA DEL KIT PARA EL EMPRENDIMIENTO Y ENTREGARÁ EL APOYO A LAS BENEFICIARIAS CONTRA ACUSE DE RECIBO;</p> <p>11.- EL DAPSV REALIZARÁ LA SUPERVISIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA Y DE SEGUIMIENTO A LAS BENEFICIARIAS.</p>
--	--

DATOS DE LA DIRECCIÓN/ DEPARTAMENTO RESPONSABLE	
<b>NOMBRE:</b>	DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
<b>DIRECCIÓN:</b>	CALLE JOSÉ MA. MORELOS NO. 4, COLONIA CENTRO
<b>LOCALIDAD:</b>	TLAXCALA
<b>MUNICIPIO:</b>	TLAXCALA
<b>CÓDIGO POSTAL:</b>	90000
<b>RESPONSABLE:</b>	LIC. ANABEL SÁNCHEZ CELIS
<b>CARGO:</b>	JEFA DE DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
<b>HORARIO DE ATENCIÓN:</b>	DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 14:00 HORAS
<b>TELÉFONO:</b>	246 465 04 40 Ext. 243
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	p.vulnerable@diftlaxcala.gob.mx
<b>PÁGINA WEB:</b>	dif.tlaxcala.gob.mx

DATOS DE COSTOS	
<b>COSTOS:</b>	GRATUITO