

FICHA TÉCNICA – SISTEMA ESTATAL DIF

DEPENDENCIA: SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN: ATENCIÓN A GRUPOS PRIORITARIOS

DEPARTAMENTO RESPONSABLE: ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

NOMBRE: APOYOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

TIPO: TRÁMITE

DATOS INFORMATIVOS	
DESCRIPCIÓN:	OFRECEMOS VARIOS TIPOS DE APOYO SOCIAL A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA: DESPENSA ALIMENTARIA (UNA SOLA VEZ) <ul style="list-style-type: none"> DESPENSAS ALIMENTARIAS PARA PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA O CÁNCER MEDICAMENTOS COMO ERITROPOYETINA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA O INSULINA GLARGINA PARA QUIENES TIENEN DIABETES MELLITUS APOYOS ECONÓMICOS EN ESPECIE, PRINCIPALMENTE PARA EMERGENCIAS DE SALUD, DESASTRES NATURALES, SITUACIONES CAUSADAS POR EL SER HUMANO U OTROS IMPREVISTOS. EL MONTO DEL APOYO DEPENDE DE UNA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE CADA PERSONA, LA URGENCIA DEL CASO Y LA DISPONIBILIDAD DE PRESUPUESTO.
A QUIÉN VA DIRIGIDO:	ESTE PROGRAMA ESTÁ DIRIGIDO A PERSONAS DE TLAXCALA QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD Y TIENEN CARENCIAS SOCIALES; ENFOCÁNDOSE EN QUIENES TIENEN UN INGRESO IGUAL O MENOR A LA LÍNEA DE POBREZA POR INGRESOS Y NO ESTÁN AFILIADOS A NINGÚN SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL.
HORARIO DEL SERVICIO:	DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 15:00 HORAS Y DE 16:00 A 18:00 HORAS.
TIEMPO DE RESPUESTA:	30 DÍAS HÁBILES
DOCUMENTO O PRODUCTO QUE SE OBTIENE	DE ACUERDO CON LA MODALIDAD DEL APOYO: <ul style="list-style-type: none"> A) BRINDAR APOYO A PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA MEDIANTE LA ENTREGA DE ERITROPOYETINA Y/O DESPENSAS ALIMENTARIAS. B) OTORGAR APOYO A PERSONAS CON CÁNCER MEDIANTE LA ENTREGA DE DESPENSAS ALIMENTARIAS. C) ENTREGAR MEDICAMENTO INSULINA GLARGINA A PERSONAS CON DIABETES MELLITUS. D) BRINDAR APOYO A LAS PERSONAS VULNERABLES CON LA ENTREGA DE DESPENSA ALIMENTARIA. E) ENTREGAR APOYOS DE ASISTENCIA SOCIAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS SOLICITANTES.
CLAVE:	TR-SEDIF_040
TIPO DE TRÁMITE EN INTERNET:	INFORMATIVO
NIVEL 2:	FORMATO DE SOLICITUD
LINK FORMATO ADJUNTO:	https://dif.tlaxcala.gob.mx/2024/tramites_y_servicios/vulnerabilidad/001_FORMATO_SOLICITUD.pdf
VIGENCIA:	FEBRERO-NOVIEMBRE
FUNDAMENTO JURÍDICO	LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO DE TLAXCALA
DESCRIPCIÓN:	CAPÍTULO IV DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL ARTÍCULO 13. LOS SERVICIOS BÁSICOS DE ASISTENCIA SOCIAL QUE SE PROPORCIONARÁN A LAS PERSONAS BENEFICIARIAS MENCIONADAS EN ESTA LEY, SERÁN LOS SIGUIENTES: FRACCIÓN III.- PROMOCIÓN DEL BIENESTAR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y EL DESARROLLO DE ACCIONES DE PREPARACIÓN PARA LA SENECTUD. FRACCIÓN IX.-ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS, Y A POBLACIÓN DE ZONAS MARGINADAS.
LINK:	https://dif.tlaxcala.gob.mx/2023/identidad/marco_normativo/ley_estatal/LEY_DE_ASISTENCIA_SOCIAL_PARA_EL_ESTADO_DE_TLAXCALA.pdf

DATOS DEL PROCESO	
REQUISITOS:	1. LAS PERSONAS INTERESADAS EN SER BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA DEBERÁN PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

FICHA TÉCNICA – SISTEMA ESTATAL DIF

REQUISITOS:	<p>A. DE LA PERSONA SOLICITANTE:</p> <ol style="list-style-type: none">1. SOLICITUD DIRIGIDA A LA PRESIDENTA HONORÍFICA DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (FORMATO DE SOLICITUD DE APOYO) (ORIGINAL Y UNA COPIA SIMPLE).2. IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE, CON FOTOGRAFÍA (ORIGINAL Y UNA COPIA SIMPLE);3. CURP ACTUALIZADA (DENTRO DE LOS TRES MESES PREVIOS A LA SOLICITUD) (IMPRESIÓN ORIGINAL);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. EN CASO DE QUE LA PERSONA QUE REQUIERE DE APOYO Y SU SOLICITANTE COMPARTA EL MISMO DOMICILIO, SERÁ SUFICIENTE UN SOLO COMPROBANTE. <p>* LA PERSONA QUE REQUIERA APOYO Y QUE POR SUS CONDICIONES DE SALUD LE SEA IMPOSIBLE ACUDIR PERSONALMENTE A REALIZAR SU TRÁMITE, LO PODRÁ SOLICITAR A TRAVÉS DE UN TERCERO (SOLICITANTE), EL CUAL PUEDE SER SU PADRE, MADRE, TUTOR O CUALQUIER OTRA PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE.</p> <p>B. DE LA PERSONA BENEFICIARIA:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- ACTA DE NACIMIENTO (SOLO SI LA PERSONA BENEFICIARIA ES MENOR DE EDAD O EL EQUIVALENTE SI AÚN NO HA SIDO REGISTRADA) (UNA COPIA SIMPLE)2.- IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE, CON FOTOGRAFÍA (SOLO SI LA PERSONA BENEFICIARIA ES MAYOR DE EDAD) (ORIGINAL Y UNA COPIA SIMPLE)3.- CURP ACTUALIZADA (DENTRO DE LOS TRES MESES PREVIOS A LA SOLICITUD) (IMPRESIÓN ORIGINAL)4.- COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE: RECIBO DE LUZ O AGUA, NO MAYOR A TRES MESES DE ANTIGÜEDAD, O RECIBO DE PAGO DEL PREDIAL. (UNA COPIA SIMPLE) <p>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.</p> <p>EN CASO DE QUE LA PERSONA QUE REQUIERE DE APOYO Y SU SOLICITANTE COMPARTAN EL MISMO DOMICILIO, SERÁ SUFICIENTE UN SOLO COMPROBANTE.</p> <ul style="list-style-type: none">• EL ESPECÍFICO PARA CADA TIPO DE APOYO <ol style="list-style-type: none">1.- ESPECÍFICOS PARA CADA TIPO DE APOYO: <p>DOCUMENTO EXPEDIDO POR LA DEPENDENCIA PÚBLICA, DE ACUERDO CON LA MODALIDAD DEL APOYO</p> <ul style="list-style-type: none">• DESPENSA ALIMENTARIA PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD: <ol style="list-style-type: none">I. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO REALIZADO POR EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA; EL DOCUMENTO DEBERÁ ESPECIFICAR LO SIGUIENTE: CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD EN LA QUE SE ENCUENTRE LA PERSONA Y/O SU FAMILIA, CONSIDERADA MOTIVO SUFICIENTE PARA RECIBIR EL APOYO. <p>DESPENSA ALIMENTARIA PARA PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:</p> <ol style="list-style-type: none">I. EL CUAL PUEDE SER UNO DE LOS SIGUIENTES:<ul style="list-style-type: none">• RESUMEN MÉDICO• HOJA DE ALTA HOSPITALARIA• CONSTANCIA MÉDICA• NOTA MÉDICA• TARJETA DE CITAS <p>EL DOCUMENTO DEBERÁ ESPECIFICAR LO SIGUIENTE:</p>
--------------------	--

FICHA TÉCNICA – SISTEMA ESTATAL DIF

REQUISITOS	<ul style="list-style-type: none"> • FECHA DE EXPEDICIÓN (DENTRO DEL AÑO EN CURSO) • NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE • DIAGNÓSTICO • NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO <ul style="list-style-type: none"> • DESPENSA ALIMENTARIA PARA PERSONAS CON CÁNCER: <p>I. EL CUAL PUEDE SER UNO DE LOS SIGUIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RESUMEN MÉDICO • HOJA DE ALTA HOSPITALARIA • CONSTANCIA MÉDICA • NOTA MÉDICA • TARJETA DE CITAS <p>EL DOCUMENTO DEBERÁ ESPECIFICAR LO SIGUIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FECHA DE EXPEDICIÓN (DENTRO DEL AÑO EN CURSO) • NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE • DIAGNÓSTICO • NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO <ul style="list-style-type: none"> • MEDICAMENTO ERITROPOYETINA PARA PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: <p>I. EL CUAL PUEDE SER UNO DE LOS SIGUIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RESUMEN MÉDICO • HOJA DE ALTA HOSPITALARIA • CONSTANCIA MÉDICA • NOTA MÉDICA • RECETA MÉDICA <p>EL DOCUMENTO DEBERÁ ESPECIFICAR LO SIGUIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FECHA DE EXPEDICIÓN (DENTRO DEL AÑO EN CURSO) • NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE • DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ACTUALES (CON PRESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO) • NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO <ul style="list-style-type: none"> • MEDICAMENTO INSULINA GLARGINA PARA PERSONAS CON DIABETES MELLITUS: <p>I. EL CUAL PUEDE SER UNO DE LOS SIGUIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RESUMEN MÉDICO • HOJA DE ALTA HOSPITALARIA • CONSTANCIA MÉDICA • NOTA MÉDICA • RECETA MÉDICA <p>EL DOCUMENTO DEBERÁ ESPECIFICAR LO SIGUIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FECHA DE EXPEDICIÓN (DENTRO DEL AÑO EN CURSO) • NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE • DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ACTUALES (CON PRESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO) • NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO
PASOS:	<ul style="list-style-type: none"> • PROCESO DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA: <p>A. LA PERSONA SOLICITANTE DEBERÁ 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;</p> <p>B. PRESENTAR ANTE EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (DAPSV) LA SOLICITUD DE APOYO, CON SELLO DE RECIBIDO Y FOLIO EMITIDO POR LA OFICIALÍA DE PARTES DEL SEDIF, ASÍ COMO LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA;</p> <p>C. UNA VEZ PRESENTADA TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD (DAPSV), REALIZARÁ EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO A LA PERSONA SOLICITANTE;</p>

FICHA TÉCNICA – SISTEMA ESTATAL DIF

	<p>D. EL DAPSV ANALIZARÁ LA DOCUMENTACIÓN Y LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA DETERMINAR SI LA PERSONA SOLICITANTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA; PÁGINA 14 PERIÓDICO OFICIAL NO. 14 EXTRAORDINARIO, MARZO 27 DEL 2025</p> <p>E. EL DAPSV NOTIFICARÁ, POR LOS MEDIOS PERTINENTES, A QUIENES NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS Y/O LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA;</p> <p>F. SI LA PERSONA CUMPLE CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS, EL DAPSV NOTIFICARÁ SU APROBACIÓN COMO BENEFICIARIA DEL APOYO Y PROPORCIONARÁ INFORMACIÓN SOBRE EL MECANISMO DE ENTREGA; Y</p> <p>G. EL DAPSV REALIZARÁ LA ENTREGA DEL APOYO CONTRA ACUSE DE RECIBO.</p> <p style="text-align: center;">• MECANISMO DE ENTREGA DE LOS APOYOS:</p> <p>A. LA ENTREGA DEL APOYO SE LLEVARÁ A CABO EN LAS OFICINAS DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. EN CASO DE QUE LA PERSONA BENEFICIARIA TENGA UNA DISCAPACIDAD O UNA INCAPACIDAD FÍSICA O MÉDICA QUE LE IMPIDA ASISTIR PERSONALMENTE, EL SOLICITANTE AUTORIZADO PODRÁ RECOGER EL APOYO EN SU NOMBRE; ○</p> <p>B. SE ENTREGARÁ DURANTE LA VISITA REALIZADA EN CAMPO, SI FUERA EL CASO.</p>
--	--

DATOS DE LA DIRECCIÓN/ DEPARTAMENTO RESPONSABLE	
NOMBRE:	DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
DIRECCIÓN:	CALLE JOSÉ MA. MORELOS NO. 5, COLONIA CENTRO
LOCALIDAD:	TLAXCALA
MUNICIPIO:	TLAXCALA
CÓDIGO POSTAL:	90000
RESPONSABLE:	LIC. ANABEL SÁNCHEZ CELIS
CARGO:	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
HORARIO DE ATENCIÓN:	DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 14:00 HORAS
TELÉFONO:	246 465 04 40 Ext. 243
CORREO ELECTRÓNICO:	p.vulnerable@diftlaxcala.gob.mx
PÁGINA WEB:	dif.tlaxcala.gob.mx

DATOS DE COSTOS	
COSTOS:	GRATUITO