



## DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

### SOLICITUD DE ESTÍMULO ECONÓMICO PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD

#### TIPO DE ESTÍMULO

FOTO

ATENCIÓN TEMPRANA

EDUCATIVO

ESPECIAL

IMPULSO DEPORTIVO

CAPACITACIÓN LABORAL

BECA TERAPIA

#### DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Domicilio:		Colonia:
Teléfono:	Tipo de discapacidad/diagnóstico:	
Localidad:	Municipio:	

#### DATOS GENERALES DEL PADRE O TUTOR

Nombre:				
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Parentesco:	Ocupación:

**NOTA:** LA SOLICITUD NO DEBERÁ TENER TACHADURAS NI ENMENDADURAS, SERÁ LLENADA EN MÁQUINA O PLUMA Y TIPO DE LETRA DE MOLDE. ESTA SOLICITUD DEBERÁ ESTAR FIRMADA Y SELLADA POR EL DIRECTOR DE: DIF MUNICIPAL, COMUDIS O DIRECTORA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ASÍ COMO CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS. **EL LLENADO DE ESTA SOLICITUD NO GARANTIZA EL OTORGAMIENTO DEL ESTÍMULO.**



## DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

### SOLICITUD DE ESTÍMULO ECONÓMICO PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD

**SOLO LLENAR EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTÍMULO ECONÓMICO SOLICITADO, ESTA SOLICITUD SÓLO APLICA PARA OTORGAR UN SOLO TIPO.**

#### ESTÍMULO ATENCIÓN TEMPRANA A LA DISCAPACIDAD

Nombre(es) de la(s) institución(es) médica, de rehabilitación o educativa donde se atiende la niña o niño:	
Domicilio:	Colonia:

#### ESTÍMULO EDUCATIVO

Nombre de la escuela donde estudia	
Domicilio:	Colonia:
Grado que cursa:	Teléfono:

#### ESTÍMULO DE IMPULSO DEPORTIVO

Deporte que practica:	Tiempo de practicarlo:
Lugar dónde entrena:	Días y horario que entrena:
Nombre del entrenador:	
Participaciones y logros obtenidos en durante el presente año y/o el anterior:	

#### ESTÍMULO ESPECIAL

<b>Nota:</b> para los solicitantes de este tipo de Estímulo, se requiere únicamente la firma o huella digital del solicitante.
--

#### ESTÍMULO DE CAPACITACIÓN LABORAL

Nombre del centro de trabajo y/o nombre del centro de capacitación para el trabajo	
Domicilio:	Colonia:
Horas de ocupación:	Teléfono:



## DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

# SOLICITUD DE ESTÍMULO ECONÓMICO PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD

### ESTÍMULO DE BECA TERAPIA

Nombre del terapeuta o centro terapéutico donde recibe terapia la persona con discapacidad	
Domicilio:	Colonia:
Teléfono:	

---

Firma del solicitante o huella digital

---

Firma y sello del Director de:  
DIF Municipal, COMUDIS o Dirección de  
Atención a Personas con Discapacidad

Lugar: \_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_