



XIX AYUNTAMIENTO DE TIJUANA, B.C.

SINDICATURA MUNICIPAL

DIRECCION DE NORMATIVIDAD

NORMA TECNICA No. P-16

APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

I. OBJETIVO DE LA NORMA

Artículo 1.- La presente Norma Técnica surge de la necesidad de establecer los pasos y procedimientos a seguir para otorgar Apoyos en Efectivo y/o en Especie a Personas con Discapacidad y/o Asociaciones No Gubernamentales, que trabajan a favor de esta población.

Artículo 2.- Brindar apoyo económico o en especie como es: la adquisición de prótesis, aditamentos, ortesis, mobiliario y equipo médico para la rehabilitación en beneficio de personas de escasos recursos y/o Asociaciones No Gubernamentales, que otorguen este tipo de apoyos.

II. ÁREAS DE APLICACIÓN

Artículo 3.- Cuando el Solicitante al que se refiere el artículo primero requiera de apoyo, ya sea en efectivo o en especie, se presentará en el DIF Municipal, con el Jefe del Departamento de Atención a Personas con Discapacidad para exponer los motivos de su visita.

Artículo 4.- El Jefe del Departamento de Atención a Personas con Discapacidad del DIF recibe al Solicitante, y entrega los Requisitos según Anexo No.1 para abrir expediente del Solicitante. El Jefe del Departamento de Atención a Personas con Discapacidad por su parte llena las Solicitud de Apoyo según Anexo No.2 con los datos del Solicitante, y agenda cita con el Solicitante para que se le aplique Estudio Socioeconómico según Anexo No.3

Artículo 5.- El Solicitante acude al Departamento de Bienestar Familiar del DIF en la fecha y hora indicada por el Jefe del Departamento de Atención a Personas con Discapacidad DIF para que una Trabajadora Social le aplique Estudio Socioeconómico al Solicitante.

Artículo 6.- La Trabajadora Social del DIF Municipal enviará al Jefe del Departamento de Atención a Personas con Discapacidad en un plazo no mayor a 5 días hábiles el Estudio Socioeconómico del Solicitante.

Artículo 7.- El Jefe del Departamento de Atención a Personas con Discapacidad recibe de la Trabajadora Social del DIF en un plazo no mayor a 5 días hábiles el Estudio Socioeconómico del Solicitante, en el que se señala los resultados de la aplicación del mismo. Se analizará junto con el Coordinador de Asistencia Social del DIF y el Sub-Director Operativo del DIF, para saber si se valida la Solicitud. Una vez validada se turnará a la Sub-Dirección Técnica para que ésta libere el apoyo en especie o económico.

La asignación del monto del apoyo dependerá del tabulador, en base a los resultados del estudio socioeconómico, así como de la disposición del recurso de la partida 268-7, y de los solicitantes en espera.

Artículo 8.- Cuando la Solicitud de Apoyo No sea validada, el Jefe del Departamento de Atención a Personas con Discapacidad, le informará al Solicitante los motivos por los que su solicitud no se autorizó.

Artículo 9.- Para las solicitudes que sean validadas, el Jefe del Departamento de Atención a Personas con Discapacidad, avisará al Solicitante que se le aprobó su Solicitud, y

pase al DIF a recoger el Formato de Orden de Solicitud del Bien según Anexo No.4 para la entrega del bien solicitado, o en su caso su caso a firmar el Comprobante de Caja según Anexo No.5 si la solicitud fue en Efectivo.

Artículo 10.- El Proveedor recibe al Solicitante y pide la Orden de Solicitud firmada por el Regidor Presidente de la Comisión de Planeación y Desarrollo, el Director del DIF Municipal, el Sub-Director Operativo, el Sub-Director Técnico, y firma de entrega del proveedor, entrega el bien al Solicitante y pide firme de conformidad la Solicitud.

III. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Artículo 11.- Los Apoyos Otorgados en Efectivo o Especie a personas con alguna discapacidad, serán autorizados en base al Estudio Socioeconómico aplicado por la Trabajadora Social.

Artículo 12.- Toda persona con discapacidad que solicite apoyo, quedará inscrita en el programa de credencialización del DIF, esto si no lo ha tramitado anteriormente.

Artículo 13.- Requisitos para los Organismos No Gubernamentales:

- Estar registrados en el Subcomité Sectorial de Personas con Discapacidad del COPLADEM y/o DESOM
- Contar con recibos fiscales para los casos en los que ellos adquieran el apoyo solicitado.
- Haber llenado y entregado a DIF Municipal la ficha de identificación Institucional.
- Presentar solicitud por escrito y relación detallada de lo que quiere (proyecto)
- En base a revisión y cumpliendo con las normatividades internas se determinara el porcentaje con el que se pueda ayudar a los Organismos de la Sociedad Civil, buscando equidad en el otorgamiento de ayuda entre las Organizaciones No Gubernamentales.

Artículo 14.- El material con el que podrá apoyarse a Personas con Discapacidad será lo siguiente:

- Prótesis: Pieza o Aparato que tiene por objeto sustituir un órgano en parte o en su totalidad. Estas pueden ser de cadera, brazos, piernas, ojos, etc.
- Ortesis: Pieza que permita corregir una parte del cuerpo.
- Aditamentos para personas con discapacidad, muletas, andaderas, bastones, sillas de ruedas.
- Mobiliario y equipo medico de rehabilitación
- Aparatos para rehabilitación
- Maquina de escribir Braille
- Aparatos auditivos
- Cama de hospital
- Baño
- Gasas
- Bolsa para diálisis, etc.

Artículo 15.- Los recursos disponibles en la partida 268-7 relativa al Apoyo a Organismos No Gubernamentales solo será destinado a el otorgamiento de apoyos a personas con discapacidad en los términos que señala este acuerdo normativo.

Artículo 16.- En los casos no previstos en la presente Norma, se deberá solicitar la autorización del Síndico Procurador para poder otorgar Apoyo a personas con discapacidad.

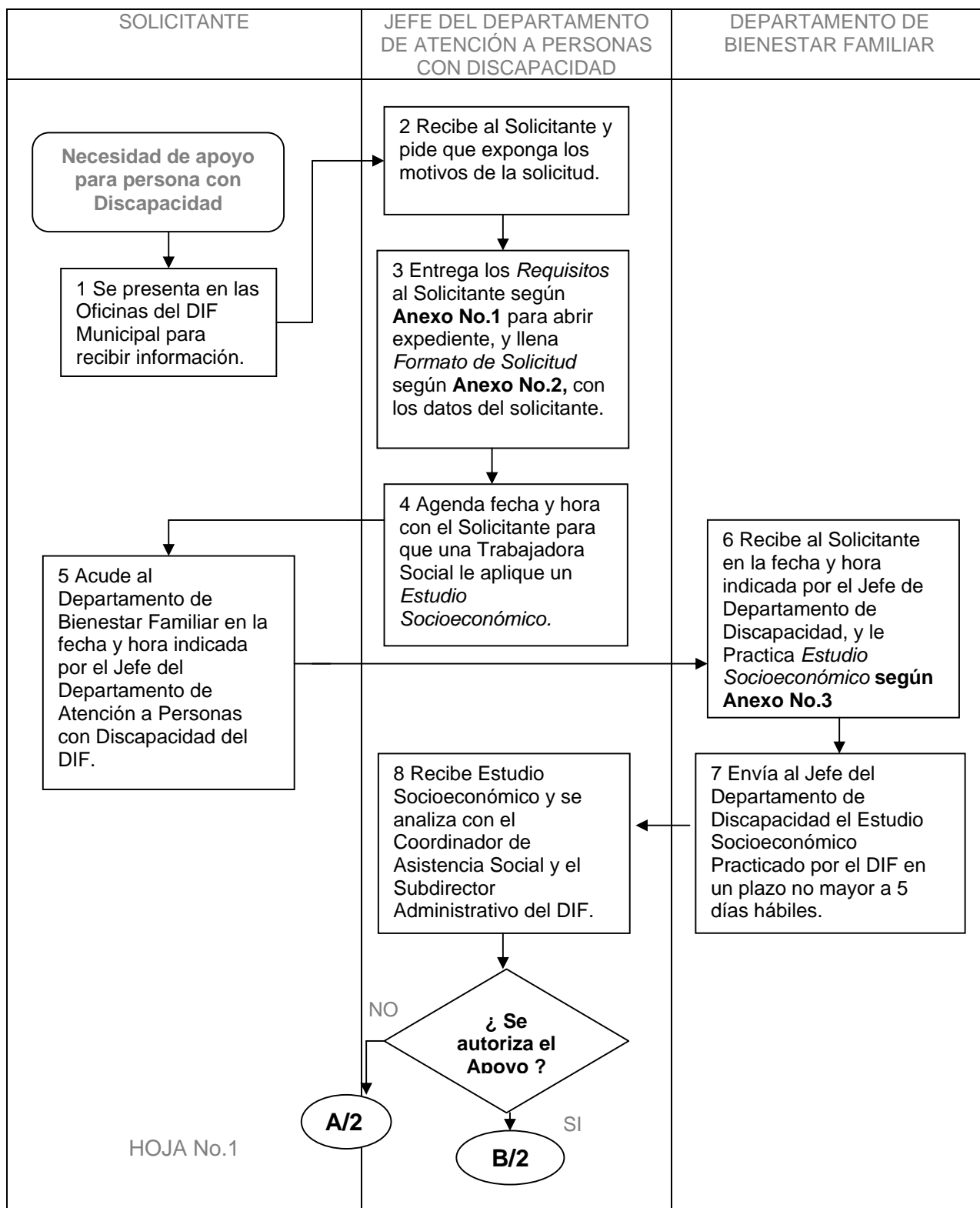
Artículo 17.- el DIF MUNICIPAL, enviarán al término de cada mes un informe a Sindicatura, de las Apoyos otorgados a Personas con Discapacidad, que hayan afectado la partida del 268-7.

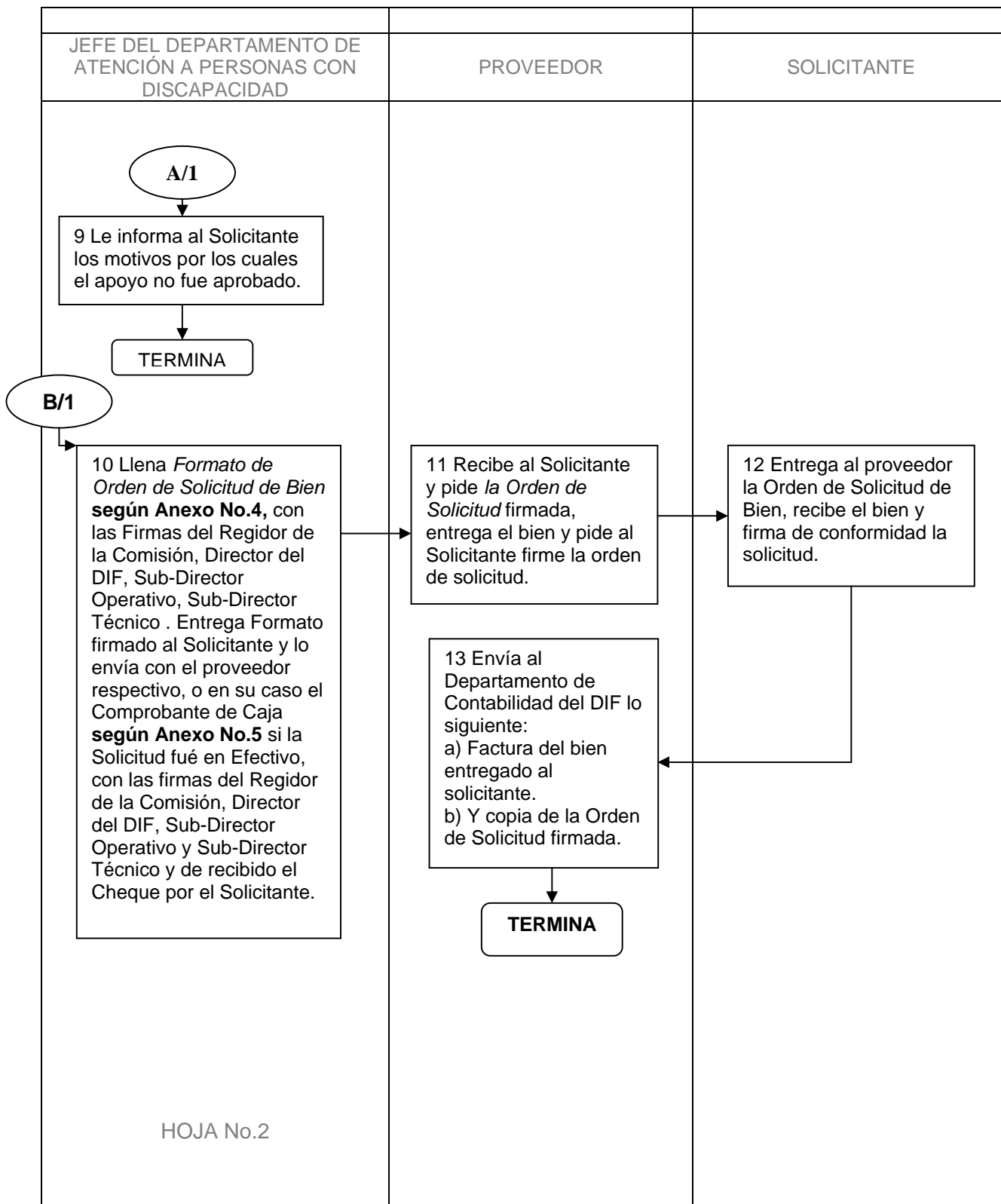
La presente Norma Técnica será evaluada periódicamente por la Sindicatura Municipal a través de la Dirección de Normatividad, con la finalidad de incrementar su eficiencia y facilitar su aplicación. Esta norma técnica será actualizada por la Sindicatura cuando sea necesario, tomando en cuenta las sugerencias y observaciones manifestadas por las Dependencias y Entidades Municipales involucradas. Por consiguiente, dichas sugerencias y observaciones serán dirigidas al Síndico, con copia a la Dirección de Normatividad.

La presente Norma Técnica se evalúa y refrenda el 24 de Agosto del 2010 y permanecerá vigente mientras no se emita una nueva versión de la misma.

Lic. Héctor Magaña Mosqueda
Síndico Procurador del H. XIX Ayuntamiento
de Tijuana, Baja California.

DIGRAMA DE FLUJO





ANEXO No.1

“Requisitos de Personas con Discapacidad para Solicitar Apoyo”

- 1.- Acta de Nacimiento, Original y copia.
- 2.- Identificación Oficial con fotografía (en el caso de Menores de Edad, Identificación oficial con fotografía de los Padres). Original y copia
- 3.- Certificado Médico Actual.
- 4.- 2 Fotografías tamaño infantil.
- 5.- Comprobante de domicilio.
- 6.- Presupuesto de lo solicitado

ANEXO No.2

Logotipo
del
DIF

<p>SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA</p> <p>PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOLICITUD DE APOYO</p>

No. FOLIO: _____

SERVICIO QUE SOLICITA _____

<p>NOMBRE: _____</p> <p>EDAD: _____</p> <p>SEXO: _____</p> <p>LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____</p> <p>ESTADO CIVIL: _____</p> <p>TELÉFONO / DOMICILIO: _____</p> <p>OCUPACIÓN: _____</p> <p>LUGAR DONDE TRABAJA: _____</p>
--

<p>FAMILIOGRAMA:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NÚMERO DE MIEMBROS EN LA FAMILIA / TIPO DE FAMILIA:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

<p>SITUACIÓN ECONÓMICA: (Ingresos-Egresos).-</p> <p>_____</p>

<p>MOTIVO POR EL QUE REQUIERE APOYO:</p> <p>_____</p>

<p>Impresión diagnóstica:</p>	<p>Apoyo Otorgado:</p>
--------------------------------------	-------------------------------

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADO SOCIAL: _____

ANEXO No.3

Logotipo
del
DIF

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA: _____

1. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Fecha y Lugar de nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Salario Semanal: _____

Domicilio Actual: _____

Teléfono: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Nombre: _____ Edad: _____

Discapacidad: _____ Solicitud de Apoyo: _____

SERVICIO MEDICO: _____

IMSS _____ ISSTE _____ ISSSTECALI _____ Otros _____

2. ESTRUCTURA FAMILIAR:

1.- NOMBRE _____ PARENTESCO: _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ SALARIO _____

2.- NOMBRE _____ PARENTESCO: _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ SALARIO _____

3.- NOMBRE _____ PARENTESCO: _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ SALARIO _____

4.- NOMBRE _____ PARENTESCO: _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ SALARIO _____

5.- NOMBRE _____ PARENTESCO: _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ SALARIO _____

3.- ASPECTO ECONÓMICO

DATOS DE LA VIVIENDA

Régimen de vivienda

1	Vive en casa de otro familiar	
2	Posesión	
3	Regalada	
4	Rentada	
5	Propia (pagándose)	
6	Propia	

Espacio

Numero de Habitaciones (dormir)		
1	Un solo cuarto	
2	Dos cuartos	
3	Tres cuartos	
4	Cuatro cuartos	
5	Mas de cinco cuartos	

Numero de Camas		
1	Ninguna	
2	Una	
3	Dos	
4	Tres	
5	Cuatro	
6	Cinco	
7	Seis	
8	Mas de siete	

Material de Construcción

TECHO		
1	Lamina	
2	Madera	
3	Concreto	
4	Otros	

MUROS		
1	Madera	
2	Concreto	
3	Otros	

PISOS		
1	Tierra	
2	Madera	
3	Concreto	
4	otros	

Número de ventanas _____

Servicios Públicos con que Cuenta:

Electricidad () Agua Potable () Drenaje () Pavimento ()
Teléfono () Cable ()

INGRESOS FAMILIARES (MENSUALES)		EGRESOS FAMILIARES (MENSUALES)	
JEFE DE FAMILIA	\$ _____	ALIMENTACIÓN:	\$ _____
AYUDA FAMILIAR:	\$ _____	ELECTRICIDAD:	\$ _____
AYUDA OFICIAL:	\$ _____	AGUA POTABLE:	\$ _____
TOTAL DE INGRESOS:	\$ _____	GAS:	\$ _____
		TELEFONO:	\$ _____
		TRANSPORTE:	\$ _____
		GASOLINA:	\$ _____
		EDUCACIÓN:	\$ _____
		RENTA:	\$ _____
		VESTUARIO:	\$ _____
		PEÑALES / LECHE	\$ _____
		MEDICAMENTOS	\$ _____
		DEUDAS:	\$ _____
		OTROS:	\$ _____
		TOTAL DE EGRESOS	\$ _____

DIAGNOSTICO ECONOMICO:
TOTAL DE PUNTOS: _____

4. SITUACIÓN FAMILIAR

5. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

6. PLAN SOCIAL

ANEXO No.4
“ Con la fuerza de la nueva familia Tijuanaense “

Logotipo
del
DIF

**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ORDEN DE SOLICITUD DEL BIEN

DATOS DEL PROVEEDOR:

No. FOLIO:

FECHA DE PEDIDO:

FECHA DE ENTREGA:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	IMPORTE SIN I.V.A	IMPORTE CON I.V.A.

SUB-TOTAL

IMPUESTO

TOTAL

<i>Firma:</i>	<i>Firma:</i>	<i>Firma:</i>
Regidor Presidente de la Comisión de Planeación y Desarrollo	Director del DIF Municipal	Sub-Director Técnico
_____	_____	_____

<i>Firma:</i>	Entregó:	Recibió:
Sub-Director Operativo	Proveedor	Solicitante
_____	_____	_____

ANEXO No.5
“ EFECTIVO “

Logotipo
del
DIF

**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
COMPROBANTE DE CAJA

Tijuana B.C. a _____ de _____ de 200 _____.

Recibí del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de
Tijuana, la cantidad de \$ _____

Por concepto de Apoyo Económico para subvencionar gastos de:

A T E N T A M E N T E

Nombre y Firma del Solicitante

FIRMA:
Regidor Presidente de la Comisión
De Planeación y Desarrollo

FIRMA:
Director del DIF
Municipal

FIRMA:
Sub-Director Operativo

FIRMA:
Sub-Director Técnico
