



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SOLICITUD DE ESTÍMULO ECONÓMICO

TIPO DE ESTÍMULO

FOTO

ATENCIÓN TEMPRANA

EDUCATIVO

ESPECIAL

IMPULSO DEPORTIVO

CAPACITACIÓN LABORAL

BECA TERAPIA

RENOVACIÓN 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

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

Nota: 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

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: _____