

**CATÁLOGO DE SERVICIOS**  
**H. AYUNTAMIENTO DE AXTLA DE TERRAZAS, S.L.P.**  
**ADMINISTRACIÓN 2021-2024**

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO		CLASIFICACIÓN	
PRESTAMO DE APARATOS DE AYUDA FUNCIONAL		TRÁMITE	SERVICIO
			X
DESCRIPCIÓN/OBJETIVO		ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIO	
GESTIONA APOYOS PARA LA POBLACION QUE PRESENTE ALGUNA DISCAPACIDAD Y PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS.		SMDIF CARRETERA AXTLA-AHUACATITLA KM 1, C.P. 79930 TEL. 483 1192549 CORREO ELECTRONICO: <a href="mailto:smdif2021-2024@outlook.com">smdif2021-2024@outlook.com</a>	
USUARIOS		HORARIO DE ATENCIÓN	
PERSONAS DE LA TERCERA EDAD Y POBLACION DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS QUE PRESENTEN ALGUNA DISCAPACIDAD.		LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:00 HRS.	
FUNDAMENTO JURÍDICO		MODALIDAD	
ARTICULO 50 FRACCION III DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO Y MUNICIPIOS DE SAN LUIS POTOSI.		PRESENCIAL	EN LÍNEA
		X	
TIEMPO DE RESPUESTA	COSTO	LUGAR PARA EFECTUAR PAGO	VIGENCIA
INMEDIATA	GRATUITO	NO REQUIERE PAGO	SIN VIGENCIA
REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS			
COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO, CURP, RECIBO DE LUZ, COPIA DEL INE, REFERENCIA MÉDICA, ESTUDIO SOCIOECONOMICO.			
ÁREA DE ATENCIÓN A QUEJAS, ACLARACIONES O DENUNCIAS			
SMDIF CARRETERA AXTLA-AHUACATITLA KM 1, C.P. 79930 TEL. 483 1192549 CORREO ELECTRONICO: <a href="mailto:smdif2021-2024@outlook.com">smdif2021-2024@outlook.com</a>			
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN		Vo. Bo.	
LIC. NINFA RAQUEL LOPEZ RIVERA PRESIDENTA HONORARIA DEL SMDIF		ING. GREGORIO CRUZ MARTÍNEZ PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL	

## FORMATO DE GESTION DE APARATOS FUNCIONALES

**ASUNTO: SOLICITUD DE APOYO CON APARATO FUNCIONAL.**

Axtla de Terrazas, S. L. P., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024.

**Lic. Ninfa Raquel López Rivera**  
**Presidenta Honoraria del Sistema Municipal DIF.**  
**Axtla de Terrazas S.L.P**  
**Presente**

Por medio Del presente el (la) C. \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona solicitante)

De la localidad de \_\_\_\_\_

Solicita a Usted, tenga a bien apoyarme con el PRESTAMO DE UN APARATO DE AYUDA FUNCIONAL \_\_\_\_\_

(Nombre del aparato: bastón, silla de ruedas, muletas, andador)

Ya que soy una persona de escasos recursos económicos.

**ATENTAMENTE**

C. \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona solicitante.

+52 489 361 0684  
+52 489 3610004

www.axtladeterrazas-slp.gob.mx  
info@axtladeterrazas-slp.gob.mx

5 de Mayo #15, ZC CP 79932  
Axtla de Terrazas, S.L.P., MX



**ASUNTO: AGRADECIMIENTO DE APOYO DE AYUDA FUNCIONAL**

Axtla de Terrazas, S.L.P. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Del 2024.

**Lic. Ninfa Raquel López Rivera**  
**Presidenta Honoraria del Sistema Municipal DIF.**  
**Axtla de Terrazas S.L.P**  
**Presente**

Quien suscribe C. \_\_\_\_\_

(Nombre de la persona solicitante)

De la localidad de \_\_\_\_\_

Por medio Del presente me permito **AGRADECERLE** el apoyo con UN  
PRESTAMO DE APARATO DE AYUDA FUNCIONAL

(Nombre del aparato: bastón, silla de ruedas, muletas, andador)

Sin más por el momento le doy mis más sinceras gracias.

**ATENTAMENTE**

C. \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona solicitante

+52 489 361 0684  
+52 489 3610004

[www.axtladeterrazas-slp.gob.mx](http://www.axtladeterrazas-slp.gob.mx)  
[info@axtladeterrazas-slp.gob.mx](mailto:info@axtladeterrazas-slp.gob.mx)

5 de Mayo #15, ZC CP 79932  
Axtla de Terrazas, S.L.P., MX

