

## REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE APOYO:

- 1.- **EN CASO DE SER CANALIZADO POR ALGUNA INSTITUCION, ANEXAR:** Oficio de Solicitud de la Institución, firmado por el Director o Subdirector.
- 2.- **DICTAMEN MEDICO:** (original): En papel membretado con sello de la Institución o consultorio médico que expide; anotando claramente el padecimiento actual, tratamiento, pronóstico, características de la ayuda solicitada (marca, modelo, medidas, cantidad, etc.) Con nombre, firma y Cédula Profesional, del médico de la Institución, indicando su cargo. En dicho dictamen el médico deberá asentar las características completas del subsidio solicitado; en caso de sugerir marca, deberá mencionar tres alternativas. En aparatos auditivos se requiere original y dos copias del Estudio Audiométrico, adicional al Dictamen Médico.
- 3.- **CARTA DE SOLICITUD:** (original) Dirigido al la LIC. **ANA JOSÉ CAMACHO HORTAL**, Directora General de la Beneficencia Pública del Estado de Chiapas; firmado por el beneficiario o el solicitante; indicando el tipo de ayuda, padecimiento actual y situación económica.
- 4.- **COPIA DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE Y BENEFICIARIO:** Credencial de Elector; o Licencia para conducir, o constancia de identidad expedida por el municipio, Ayuntamiento o Delegación Política.
- 5.- **COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO:** o del Acta de Matrimonio: o de Fe de bautizo o de la Cartilla Militar Nacional, o del Acta de Nacimiento del hijo mayor
- 6.- **3 FOTOGRAFIAS:** (2 INFANTILES) Una del beneficiario y una del solicitante, y una de cuerpo completo del beneficiario donde se haga visible las condiciones de salud en la que se encuentra actualmente.
- 7.- **COMPROBANTE DE INGRESOS DE LA(S) PERSONA(S) QUE SOSTIENE(N) A LA FAMILIA:** Talón de pago; o de pensión; o constancia de sueldo; o escrito indicando tipo de actividad y monto aproximado de ingresos mensuales..
- 8.- **COMPROBANTE DE DOMICILIO:** Fotocopia del recibo de Agua o luz o Teléfono pago de Predial, o credencial de Elector; o constancia de residencia expedida por el Ayuntamiento o el Municipio.
- 9.- **CURP:** (beneficiario)
- 10.- **ESTUDIO SOCIOECONOMICO DEL INSTITUTO QUE CANALIZA**
- 11.- **COPIA DE CARNET DE CITAS.** En caso de Viajar a un Hospital de 3er. Nivel traer Carnet de Citas

INSTITUTO DE PROTECCIÓN SOCIAL Y BENEFICENCIA PÚBLICA DEL ESTADO DE CHIAPAS TEL. (01 961) 61 4 26 60 Y 61 3 07 11 CORREO: [beneficencia\\_chiapas@saludchiapas.gob.mx](mailto:beneficencia_chiapas@saludchiapas.gob.mx),  
[beneficencia\\_chiapas@hotmail.com](mailto:beneficencia_chiapas@hotmail.com) PAGINA WEB: [www.beneficiachiapas.gob.mx](http://www.beneficiachiapas.gob.mx)  
Libramiento Norte Oriente S/N Esq. Paso Limón, Patria Nueva C.P. 29045 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.