|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA:** | | JALISCO INCLUYENTE: CUIDA Y ESCUCHA. | |
| **ENTIDAD EJECUTORA** | | Estatal: Secretaría de Desarrollo e Integración Social, SDIS. | |
| **ÁREA DE APLICACIÓN** | | Desarrollo Social. | |
| **RESPONSABLE DIRECTO** | | Director de área.  L.E.P. Fausto Rafael Rodríguez Arquieta. | |
| **PESONAL QUE LO APLICA** | | Director y auxiliar de área. | |
| **DOMICILIO** | | Escobedo No. 320, Col. Centro, Etzatlán, Jal. | |
| **Objetivo:**  Contribuir a mejorar las condiciones de vida e inclusión social de las personas con Discapacidad. | | | |
| **Meta:**  Mejorar las condiciones de inclusión social de la población con discapacidad a través de la entrega de aparatos funcionales que sirvan como herramientas para superar barreras físicas que impidan su participación plena y efectiva en la sociedad. | | | |
| **Modalidad:**  **“A”** En Especie: Dirigido a Personas con Discapacidad con hipoacusia o bien con discapacidad motora, cosiste en la entrega de aparatos auditivos, sillas de ruedas y bastones según sea el caso. | | | |
| **Vigencia:**  Inicia a partir de la publicación de las Reglas de Operación del Programa en el ejercicio 2018. | | | |
| **Lugares de Gestión, Horario y teléfonos:**  En el área que ocupa la Dirección de Desarrollo Social.  Con domicilio en Escobedo Núm. 320 a un costado, Col. Centro. Etzatlán, Jalisco  Horario de 8:00 am A 4:00 pm  Teléfonos 01386 7530026 Ext. 115. | | | |
| **Requisitos:**  Entregar copia y presentar original   * Identificación oficial: INE, INE ó credencial de persona con discapacidad. * Curp. * Comprobante de domicilio. * Diagnóstico médico o certificado médico que especifique su discapacidad. * Llenar el formato de estudio socioeconómico. | | | |
| **Compromisos de calidad**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **CARACTERISTICAS** | **TIEMPO** | **COSTO DE OPERACIÓN** | | En el apoyo “A” en especie, recibirán los apoyos en una sola ocasión. | Los(as) beneficiarias(os) de El Programa recibirán los apoyos por única ocasión en el transcurso de dos años. | El trámite es gratuito. | | | | |
| **Mecanismos ante incumplimiento**  Será motivo de cancelación inmediata del apoyo, cuando se presente cualquiera de los siguientes supuestos:  1. Cuando se compruebe que el/la beneficiario(a) proporcionó datos falsos.  2. Cuando no cumplan las obligaciones establecidas en las presentes Reglas de Operación.  3. Por fallecimiento del/la beneficiario/a.  4. Cuando el/la beneficiario/a no comparezca ante La Secretaría, en los tiempos que esta determine, a revalidar su calidad de beneficiario/a;  5. Cuando el/la beneficiario/a no retire el apoyo económico durante dos dispersiones bimestrales continuas, entregado a través de institución bancaria. En este supuesto La Secretaría tendrá derecho de retirar el monto acumulado en la institución bancaria y reintegrarlo a El Programa. | | | |
| **Requisitos, tramites y formatos del programa:**  Son Directos de la Secretaria de Desarrollo e Integración Social del Estado de Jalisco. Consultar en la página web: <http://sedis.jalisco.gob.mx/content/programa-jalisco-incluyente> | | | |
| **Padrón de Beneficiarios:**  Se anexa al documento. | | | |
| **Reglas de Operación:**  Son Directos de la Secretaria de Desarrollo e Integración Social del Estado de Jalisco. Consultar en la página web: <https://sedis.jalisco.gob.mx/sites/sedis.jalisco.gob.mx/files/rop-jalisco_incluyente_cuida_y_escucha_2018.pdf> | | | |
| **BEFICIARIOS**  **ABRIL-JUNIO 2018** | | | |
| **OCTUBRE** | **NOVIEMBRE** | | **DICIEMBRE** |
| 16  Personas | 16  Personas | | 32  Personas |
| SIN ALTAS | CON ALTAS | | TOTAL DE BENEFICIARIOS |