



PROGRAMA DE APOYO JALISCO INCLUYENTE APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

OBJETIVO:

CONTRIBUIR A APOYAR LOS INGRESOS DE LOS HOGARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA PERMANENTE PARA SU MEJOR CUIDADO Y ATENCIÓN.

METAS

DETECTAR Y AYUDAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE LES PERMITA MEJORAR EL DESARROLLO DE SUS CAPACIDADES Y A LA VEZ UNA MEJOR INCLUSION EN LA SOCIEDAD QUE POR RAZONES ECONOMICAS Y POR SU SITUACION VULNERABLE REQUIERAN DE MAYORES APOYOS

PRESUPUESTO

EL APOYO 100% GOBIERNO ESTATAL (SEDIS) ES EN ESPCIE NO SE CUENTA CON DATO PRESUPUESTAL

REGLAS DE OPERACIÓN:

https://programas.app.jalisco.gob.mx/programas/panel/descargables?dependencia_id=104

NOMBRE DE LA DIRECCION RESPONSABLE DEL PROGRAMA:

- EN LA OFICINA ASIGNADA DEL H AYUNTAMIENTO COMO DESARROLLO SOCIAL CON HORARIO DE 8:00AM A 4:00PM
- FACEBOOK: Gobierno Etzatlán
- CORREO ELECTRONICO: desarrollosocial@etzatlan.gob.mx
- TELEFONOS; 01386 75 3 00 26 – 3 07 85 EXT. 115

NOMBRE DEL RESPONSABLE DIRECTO DEL PROGRAMA:



PROFR. FAUSTO RAFAEL RODRIGUEZ ARQUIETA

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

- PERSONA QUE TENGA UN DISCAPACIDAD CRONICA
- FAMILIA DE BAJOS INGRESOS

REQUISITOS:

- CREDENCIAL DE ELECTOR DEL DISCAPACITADO
- EN CASO DE SER MENOR DE EDAD CREDECIAL DEL TUTOR
- COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE
- ACTA DE NACIMIENTO DEL DISCAPACITADO
- CONSTANCIA MEDICA DEL TIPO DE DISCAPACIDAD





CARTA COMPROMISO PROGRAMA JALISCO INCLUYENTE

MUNICIPIO: _____
FPU: _____

LA, (EL) C. QUE SUSCRIBE, DECLARO BAJO FORMAL PROTESTA DE CONDUCIRME EN VERDAD Y SABEDOR (A) DEL DELITO EN QUE INCURREN LAS PERSONAS QUE DECLARAN FALSAMENTE ANTE UNA AUTORIDAD, SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 168 DEL CODIGO PENAL PARA EL ESTADO DE JALISCO, RESPETUOSAMENTE MANIFIESTO: QUE NO RECIBO NINGUN TIPO DE APOYO EQUIVALENTE AL SOLICITADO, ECONOMICO O EN ESPECIE DE NINGUN PROGRAMA FEDERAL, ESTATAL O MUNICIPAL, NI EN ORGANISMOS PUBLICO O PRIVADO, Y QUE TODA LA INFORMACION PROPORCIONADA PARA LA INCLUSION EN EL PROGRAMA ES VERIDICA.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____
APELLIDO PATERNO: _____
APELLIDO MATERNO: _____

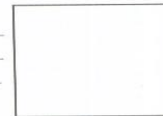


HUELLA

FIRMA: _____

MANIFIESTO LO ANTERIOR EN TODOS SUS TERMINOS, ACREDITANDO MI REPRESENTACION CON COPIA DE MI IDENTIFICACION OFICIAL Y LAS ACTAS DE REGISTRO CIVIL QUE DEMUESTRAN MI PARENTESCO CIVIL O CONSANGUINEO.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____
APELLIDO PATERNO: _____
APELLIDO MATERNO: _____



-HUELLA

FIRMA: _____



NUMERO DE PERSONAL QUE LO APLICA

- UN DIRECTOR, DOS AUXILIARES Y UNA SECRETARIA

CONCEPTO O MONTO DEL BENEFICIO:

SE REALIZA DE ACUERDO AL PRESUPUESTO DEL GOBIERNO DEL ESTADO PUEDE SER EN ESPECIE CON APARATOS AUDITIVO O ECONOMICO DE 2,060.00 EN ESTE AÑO SE AUTORIZO A NUESTRO MUNICIPIO APOYAR CON APARATOS AUDITIVOS

ACTUALMENTE SE ENTREGO EXPEDIENTES DE 22 PERSONAS CON ESTA NECESIDAD. ESTA PENDIENTE LA RESPUESTA.

FECHA DE ENTREGA DEL BENEFICIO

APROXIMADAMENTE A FINES DEL MES DE JUNIO DEL 2016.DE ACUERDO A LA INFORMACION DE LA ENLACE REGIONAL QUE ATIENDE A NUESTRO MUNICIPIO.

LOS AVANCES DE EJECUCION DEL GASTO

AUN NO LO TENEMOS DEBIDO A QUE NO SABEMOS CUAL ES EL PRESUPUESTO APROXIMADO PARA AUTORIZAR A NUESTRO MUNICIPIO Y TAMPOCO SABEMOS CUANTOS APARATOS AUDITIVOS NOS VAYAN A APOYAR POR LO QUE **ESTA PENDIENTE.**

AVANCES DE METAS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO	META	ACCIONES	AVANCES HASTA EL 31 DE MAYO DE 2016.
CONTRIBUIR A APOYAR LOS INGRESOS DE LOS HOGARES DE	DETECTAR Y AYUDAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE LES PERMITA	GESTIONAR EL PROGRAMA DE APOYO PARA QUE SE CONTEMPLE A NUESTRO MUNICIPIO	✓ SE GESTIONO Y SE AUTORIZO TOMARNOS ENCUESTA EN EL APOYO EN



DESARROLLO SOCIAL ADMINISTRACION 2015-2018

<p>PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA PERMANENTE PARA SU MEJOR CUIDADO Y ATENCIÓN.</p>	<p>MEJORAR EL DESARROLLO DE SUS CAPACIDADES Y A LA VEZ UNA MEJOR INCLUSION EN LA SOCIEDAD QUE POR RAZONES ECONOMICAS Y POR SU SITUACION VULNERABLE REQUIERAN DE MAYORES APOYOS</p>	<p>CONFORMACION DE COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL</p> <p>BUSCAR CAPACITACIONES O PROYECTOS QUE LOS AYUDEN A INICIAR UN NEGOCIO DE ACUERDO A SUS CAPACIDADES.</p>	<p>APARATOS AUDITIVOS</p> <p>✓ SE RECIBIO EXPEDIENTES CON DOCUMENTACION COMPLETA DE LOS REQUISITOS</p>
--	--	--	--

METODOLOGIA DE EVALUACION:

1. INFORMACIÓN SOBRE EL STATUS DEL PROGRAMA Y/O PERIODO DE INSCRIPCIONES.
2. GESTIÓN DEL PROGRAMA.
3. VIABILIDAD, COBERTURA E IMPACTO DE LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA EN EL MUNICIPIO.
4. ESTABLECER LOS PROCEDIMIENTOS DE LA CONVOCATORIA REFERIDOS A LO ESTABLECIDO POR LA SECRETARIA O DEPENDENCIA.
5. DIFUSIÓN DEL PROGRAMA.
6. RECOLECCIÓN DE DATOS Y LLENADO DE SOLICITUD.
7. CAPTURA Y VACIADO DE DATOS DE LOS SOLICITANTES.
8. OBTENCIÓN DE RESULTADOS DE LOS SOLICITANTES.
9. ENTREGA CORRESPONDIENTE DE APOYO A LOS BENEFICIADOS DEL PROGRAMA.
10. STATUS DE PERMANENCIA Y ENTREGA DE APOYO EN TIEMPO Y FORMA.
11. IMPACTO DEL PROGRAMA A BENEFICIARIOS CADA DOS MESES.



EL COSTO DE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA

SE APLICA DIRECTO DEL GASTO CORRIENTE DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA ADMINSTRACION.

