

## SERVICIO CATÁLOGO DE TRÁMITES Y SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE TIZAYUCA

<b>DEPENDENCIA:</b>	Sistema Municipal DIF
<b>ÁREA:</b>	Coordinación Protección Social y Salud
<b>TITULAR:</b>	Fernando Becerra López
<b>NOMBRE DEL SERVICIO:</b>	Traslado
<b>CLAVE U HOMOCLOVE</b>	DIF-SEE-024
<b>TIPO DE SERVICIO</b>	Ciudadano
<b>A QUIEN VA DIRIGIDO:</b>	Población con alta vulnerabilidad económica
<b>COMPROBANTE A OBTENER:</b>	N/A
<b>TIEMPO DE RESPUESTA:</b>	1 día antes de su fecha de traslado
<b>VIGENCIA DEL COMPROBANTE A OBTENER:</b>	N/A
<b>FORMATOS A UTILIZAR POR PARTE DE USUARIO:</b>	N/A
<b>COSTO Y ÁREA DE PAGO:</b>	N/A
<b>PRESENCIAL Y/O LINEA</b>	Presencial

### LUGAR DE DONDE SE REALIZA EL SERVICIO

<b>OFICINA RECEPTORA:</b>	Dif Central/Coordinación de Protección Social y Salud
<b>DOMICILIO:</b>	Calle Allende, s/n, Col. Centro, Tizayuca Hidalgo C.P.43820
<b>NÚMERO TELEFÓNICO:</b>	TEL: 7791006620 WHATSAPP: 5627447656
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	hola@diftizayuca.gob.mx

### DOCUMENTOS NECESARIOS

	ORIGINAL	COPIA
INE DEL SOLICITANTE Y BENEFICIARIO (CON DOMICILIO DE TIZAYUCA)	1	2
CURP DEL SOLICITANTE Y BENEFICIARIO (ACTUALIZADA)	1	2
COMPROBANTE DE DOMICILIO DEL SOLICITANTE (NO MAYOR A TRES MESES) CON CORRESPONDENCIA AL INE.	1	2
4 FOTOGRAFÍAS DEL DOMICILIO (1 DE FACHADA Y 3 DE CUALQUIER INTERIOR) EN LA MISMA HOJA Y A COLOR	1	2
CARNET DE CITAS MEDICAS	1	2
ACTA DE NACIMIENTO O MATRIMONIO PARA COMPROBAR PARENTEZCO	1	2

### FUNDAMENTO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Art.115

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO DE HIDALGO

Art.115

LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO DE HIDALGO

Art.54 fracc. I, II y III

### OBSERVACIONES

Apoyo dirigido a población con alta vulnerabilidad económica, importante: ser mayor de edad y presentar documentación completa.

Una vez recepcionada la documentación, se destina a la coordinación y a su vez, a dirección para autorización del trámite; una vez autorizado, se agenda en el calendario, y un día antes se convoca al ciudadano vía telefónica para notificar la hora de salida.

**NOTA: El solicitante debe ser familiar directo.**

LEÍDO Y ENTERADO DE LOS ALCANCES DEL AVISO DE PRIVACIDAD SI  NO  ACEPTO  
EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES