Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social (SICATS)

Centro de Atención a la Niñez con Discapacidad Intelectual Cien Corazones

De:

_____ Nombre de la institución

_____ Nombre del responsable de Trabajo Social

Para: _____ Nombre de la institución

_____ Nombre del responsable de Trabajo Social

Nº de canalización		Nº Caso o Registro	
Fecha			

1. DATOS DEL USUARIO					
Nombre:				Edad:	
Nombre del responsable, familiar o tutor:					
(Sólo en caso de ser menor de edad o personas con Discapacidad mental)					
Domicilio:				Cruza con	
Colonia:		Municipio		Teléfono:	

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

3. SOLICITUD:

4. ESPECIFICACIÓN DE APOYO ECONÓMICO:

Requiere de :

Durante:

El costo total es de :

Solicitamos su apoyo de :

El resto se cubrirá : a) b)

c) d)

El pago se realizará en :

5. EVOLUCIÓN DEL CASO

6. SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

7.- OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

En caso de ser autorizado el apoyo o de requerir más información, favor de comunicarse con la Responsable del Caso:

al programa de: Tel. Ext.

Horario:

NOTA: ESTE DOCUMENTO OFICIAL TIENE UNA VIGENCIA DE 10 DÍAS HABILES A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN, POR LO QUE NO SERA VALIDO ANTE OTRAS DEPENDENCIAS EN FECHAS POSTERIORES.

LA PETICIÓN DEL APOYO SOLICITADO, SERA VALORADO POR EL ÁREA RECEPTORA, DE ACUERDO A SUS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.

ATENTAMENTE

_____

Jefe o Responsable de Trabajo Social