



**Sistema Interinstitucional de  
Canalización a Trabajo Social (SICATS)  
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL**



De: \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución \_\_\_\_\_ Responsable de Trabajo Social \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución \_\_\_\_\_ Responsable de Trabajo Social \_\_\_\_\_

Nº de canalización	22/15	No. de caso o registro		Fecha (dd/mm/aaaa)			
--------------------	-------	------------------------	--	--------------------	--	--	--

<b>1. DATOS DEL USUARIO</b>									
Nombre	Apellido paterno				Apellido materno		Nombres	Sexo	Estado Civil
	Calle y número exterior e interior				Cruza con:		Colonia o comunidad		Edad
Domicilio	Estado:				Municipio:		País:		
	Teléfono Particular		Teléfono Recados				Nombre		
Datos del padre o tutor (Solo en casos de menores de edad o personas con discapacidad intelectual)									
Nombre		Edad			Parentesco				

<b>2. DIAGNÓSTICO SOCIAL PRELIMINAR</b>									

**3. SOLICITUD DE SER POSIBLE APOYO ASISTENCIAL**

**4. ESPECIFICACIÓN DE APOYO ECONÓMICO**

Requiere de:

El costo total es de:

Solicitamos su apoyo de :

El resto se cubrirá :	a)	b)
	c)	d)

El pago se realizará en: Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**5. EVOLUCIÓN DEL CASO:**

ambos estudiantes de contaduría y secundaria.

**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: BEATRIZ VARGAS

Responsable del caso: \_\_\_\_\_ Al Programa de: \_\_\_\_\_

Teléfono	Extensión	Horario
----------	-----------	---------

NOTA: Este documento oficial tiene una vigencia de 10 días hábiles a partir de la fecha de su expedición, por lo que no será válido ante otras dependencias en fechas posteriores. La petición del apoyo solicitado será valorada por el área receptora de acuerdo a sus lineamientos institucionales.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Jefe o Responsable de Trabajo Social

Usuario: \_\_\_\_\_  
Manifiesto bajo protesta de decir la verdad respecto a proporcionar mis datos personales, así como mi aceptación del aviso de privacidad, en donde señala que serán resguardados conforme a la Ley establecida.  
[Http://sistemadif.jalisco.gob.mx](http://sistemadif.jalisco.gob.mx)