

**PROGRAMAS DE APOYOS Y SUBSIDIOS
ORIENTADOS A LA CIUDADANIA
OTORGADOS POR LA COORDINACION DE ATENCION CIUDADANA**

PROGRAMA	OBJETIVO	REQUISITOS	MONTO MAXIMOS AUTORIZADOS
Días Ciudadanos	Apoyos de orden social como son: pasajes, medicamentos, estudios médicos y ayudas diversas (alimentos, uniformes escolares, inscripción, eventos deportivos y culturales, organizaciones de la sociedad civil debidamente constituidas)	<ul style="list-style-type: none"> • Tramite persona • Llenar expediente (estudio socioeconómico, firmar recibo de apoyo, escrito dirigido al presidente municipal, carta declaratoria y copia de identificación oficial) • Presentar documentación complementaria según el apoyo solicitado 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud: 180 veces el S.M.G.V. • Ayudas Diversas: 150 veces el S.M.G.V. • Pasajes: 100 veces el S.M.G.V. • Educación: 120 veces el S.M.G.V.
Línea 072	Recibir quejas y denuncias ciudadanas de los servicios que brinda el ayuntamiento	<ul style="list-style-type: none"> • El ciudadano realiza llamada telefónica, planteando denuncia o queja de algún servicio que brinda el ayuntamiento • El ciudadano debe proporcionar información necesaria, según el reporte. • Se le proporciona al número de reporte. • El operador le brinda al ciudadano un tiempo estimado de respuesta según el reporte 	
Registro Civil	Brindar subsidio de acatas de nacimiento, defunción, matrimonio y ordenes de sepultura.	<ul style="list-style-type: none"> • Tramite Personal • Llenar formato de Solicitud • Presentar documentación complementaria según el trámite a realizar. 	5 veces el S.M.G.V.

Recaudación de Rentas	Subsidio de algunos Impuestos que cobra el Ayuntamiento (cierres de calle, liberación de perros, carta de residencia y libertad de gravamen)	<ul style="list-style-type: none">• Tramite Personal• Presentar documentación complementaria según sea el caso.• Llenar documentación necesaria.	5 veces el S.M.G.V.
------------------------------	--	--	---------------------

**APOYOS Y SUBSIDIOS OTORGADOS
POR LA COORDINACION DE ATENCION CIUDADANA**

PROGRAMA	PRESUPUESTO ASIGNADO ANUAL	CRITERIOS
INSTITUCIONES SIN FINES DE LUCRO	\$1,900,000.00	Organizaciones, agrupaciones o asociaciones civiles debidamente constituidas que requieran apoyo para realizar actividades que promuevan el cumplimiento de sus fines.
APOYOS A ESCUELAS	\$600,000.00	Institución educativas que requieran apoyo para mejorar las instalaciones o fomentar la formación educativa de los estudiantes.
PREMIOS, ESTIMULOS, RECOMPENSAS A DEPORTISTAS	\$600,000.00	Organizaciones de la sociedad civil debidamente constituidas dedicadas a promover o participar en actividades deportivas
GASTOS RELACIONADOS CON ACTIVIDADES CULTURALES, DEPORTIVAS Y DE AYUDA EXTRAORDINARIA	\$1,500,00.00	Ciudadano de escasos recursos económicos que presenten situaciones específicas como salud, artículos de primera necesidad, gastos educativos, deportivos y culturales.
APOYO A CONTRIBUYENTES	\$400,000.00	Ciudadanos de escasos recurso económicos que no puedan realizar el pago de algunos servicios que brinda la Administración Publica Municipal

Dirección: Palacio Municipal 2do Piso, Calzada Independencia #998 Centro Civico, Mexicali, Baja California
Telefono: 558-16-00 ext. 1672 y 1814.



H. AYUNTAMIENTO DE MEXICALI

APOYOS SOCIALES

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

Foto _____ Fecha _____ Solicita Apoyo _____

Solicitante _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Colonia: _____ Edad: _____

INGRESOS	EGRESOS	DATOS DEL CÓNYUGE
Donde Labora _____	Luz: _____ Vestido: _____	Nombre: _____
Sueldo _____	Gas: _____ Otros: _____	Empleo: _____
Sueldo Familiar _____	Agua: _____	Sueldo: _____
Otros: _____	Alimentación: _____ Gasto Mensual: _____	
Total: _____	Teléfono: _____	
	Transporte: _____	

VIVIENDA

Tipo de Propiedad de la Vivienda _____

Estado de la Vivienda: _____ No De habitaciones: _____

Material Predominante: Block _____ Cartón _____ Ladrillo: _____ Carón de yeso: _____ Adobe: _____

Servicios con los que cuenta: Luz _____ Agua _____ Drenaje: _____ Teléfono: _____ Ruta de Camión: _____ Otros: _____

SALUD

Tipo de Servicio Medico: IMSS: _____ Centro de Salud: _____ ISSSTE: _____ ISSSTECALI: _____ Particular: _____

Otros: _____ No tiene: _____

Existe algun miembro de la familia discapacitado SI: _____ NO: _____ Tipo: _____

DATOS DE LOS DEPENDIENTES		NHV						
NOMBRE	SEXO	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	INGRESOS	ESCOLARIDAD	LUGAR DE ORIGEN	AÑOS DE RESID.

DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:

RECIBO POR APOYO SOCIAL

NO. DE RECIBO: _____

BUENO POR LA CANTIDAD: _____

RECIBÍ DEL H. AYUNTAMIENTO DE MEXICALI LA CANTIDAD DE:

POR CONCEPTO DE:

MEXICALI, B.C. A _____ DE _____ DEL _____

RECIBÍ:

NOMBRE Y FIRMA

PRESIDENCIA MUNICIPAL.

MEXICALI, B.C. A _____ DE _____ DEL _____

CARTA DE DECLARATORIA

POR MEDIO DE LA PRESENTE HAGO CONSTAR QUE ME PRESENTO LIBREMENTE EN LAS OFICINAS DEL PRESIDENTE MUNICIPAL LIC. JAIME RAFAEL DIAZ OCHOA PARA SOLICITAR APOYO CON DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN MI NECESIDAD DE AYUDA, CERTIFICANDO QUE EN PLENO GOZO DE MIS FACULTADES ME COMPROMETO A DECIR VERDAD QUE LOS DATOS BRINDADOS EN ESTA OFICINA SON CIERTOS PARA CUALQUIER INVESTIGACION QUE SEA NECESARIA EFECTUAR Y QUE **NO CUENTO CON COMPROBANTE DE INGRESOS.**

C. Alma Carolina Casta Hernández
Apoyos Sociales de la Presidencia

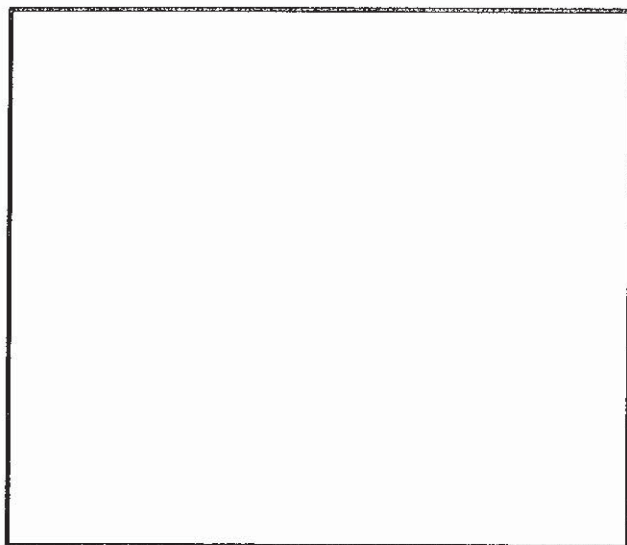
Nombre y Firma del Solicitante



MEXICALI, B.C. A _____ DE _____ DEL _____

CARTA DE JUSTIFICACION

**NO CUENTA CON
IDENTIFICACION
OFICIAL CON
FOTOGRAFIA.**



Alma Carolina Casta Hernandez

Apoyos Sociales de la Presidencia

Nombre y Firma del Solicitante