

# Reglas de Operación del Programa de Aparatos Auditivos 2024

## I PRESENTACIÓN

### 1 Introducción.

El Programa de Aparatos Auditivos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Saltillo, contribuye al desarrollo integral de las personas con discapacidad auditiva, a fin de promover su inclusión social y mejorar su calidad de vida.

## II OBJETIVOS

### 2 Objetivo general

Contribuir a eliminar las barreras que enfrentan las personas con discapacidad auditiva en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, social y cultural.

### 3 Objetivo particular.

Mejorar la funcionalidad de personas con discapacidad auditiva mediante la entrega y aplicación de apoyos sociales de carácter específico consistentes en aparatos auditivos.

## III LINEAMIENTOS

### 4 Cobertura.

El programa tendrá cobertura en la totalidad de las colonias y localidades del municipio de Saltillo.

### 5 Población objetivo.

Son las personas con discapacidad auditiva que se encuentran en situación socioeconómica desfavorable.

### 6 Requisitos de elegibilidad.

Para recibir el apoyo social en especie, consistente en un aparato auditivo, será necesario cumplir con lo siguiente:

- Entregar copia y presentar original para cotejo de lo siguiente:
  - o Acta de nacimiento
  - o Clave única de registro de población (CURP)
  - o Identificación oficial con fotografía
  - o Comprobante de domicilio
- Someterse a estudio socioeconómico en las oficinas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Saltillo (Anexo IIA, según aplique)
- Ser diagnosticado con limitación o discapacidad auditiva.
- Pago por concepto de costo de recuperación por la cantidad de \$500.00 (quinientos pesos 00/100 MN) concerniente a: consulta, audiometría y molde.

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA APARATOS AUDITIVOS PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024

## 7 Participación Transversal.

Para lograr con eficacia la integralidad del programa, se requiere la participación decidida y comprometida de las Subdirecciones y Coordinaciones del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Saltillo:

- Subdirección Administrativa
- Subdirección de Asuntos Jurídicos
- Subdirección de Secretaría Técnica, a través de la Coordinación de Comunicación Social
- Subdirección de Programas Sociales, a través de las siguientes coordinaciones:
  - o Fortalecimiento Social
  - o Trabajo Social
  - o Vida y Salud
  - o Atención Ciudadana
  - o Inclusión y Vida Independiente
  - o Adultos Mayores

## 8 Tipos y características de los apoyos.

Dentro de este programa, existe un tipo de apoyo, consistente en un aparato auxiliar auditivo.

## 9 Recursos destinados para el programa.

El recurso asignado para el programa de Aparatos Auditivos, está determinado de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria.

## 10 Derechos de los beneficiarios.

Los beneficiarios del programa tendrán los siguientes derechos:

- Recibir un trato digno, amable, respetuoso, oportuno, equitativo, con calidad y sin discriminación alguna.
- Acceder a la información necesaria de manera clara y oportuna para participar en el programa.
- Recibir el aparato auditivo conforme a las disposiciones del programa.
- La reserva y privacidad de sus datos personales.

## 11 Obligaciones de los beneficiarios.

- Proporcionar cuando se le requiera, bajo protesta de decir verdad, la información necesaria de conformidad con estas reglas de operación, sus anexos y procedimiento del programa.
- Asistir puntualmente en la fecha, hora y lugar señalados para realizar los trámites o valoraciones pertinentes, así como para la recepción del aparato auditivo.
- Mostrar buen comportamiento cuando asistan a las instalaciones municipales y eventos de DIF Saltillo. Asimismo, dirigirse respetuosamente a los funcionarios públicos.

**REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA APARATOS AUDITIVOS PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024**

- Seguir las indicaciones hechas por parte del personal de DIF Saltillo.
- No hacer uso indebido del aparato o de los documentos que lo acreditan como beneficiario del programa como traspasos, venta, préstamos o usos con fines partidistas o electorales, entre otros.
- En caso de cambiar de domicilio o teléfono, informar de inmediato a DIF Saltillo, ya sea de su nuevo domicilio o de su nuevo número de teléfono, según sea el caso.
- Presentar identificación oficial con fotografía para recibir el apoyo en especie.
- Firmar de recibido al recibir el aparato auditivo.

## 12 Suspensión de entrega de apoyos y causas de baja del programa.

Son motivos de suspensión de entrega de los apoyos en especie, causando baja del programa, los siguientes:

- Se detecte que los datos proporcionados por el beneficiario en el estudio socioeconómico son falsos o presenten omisiones.
- No asistir puntualmente en la fecha, hora y lugar señalados para realizar los trámites o las valoraciones pertinentes, así como para la recepción del aparato auditivo.
- Presente algún documento falso.
- Al expediente técnico le falte algún documento.
- No se le pueda localizar en el teléfono y domicilio proporcionados.

## 13 Participantes.

### Áreas Normativas

- Consejo Directivo de DIF Saltillo.
- Dirección General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, a través de su Director General.
- Subdirección de Secretaría Técnica de DIF Saltillo, a través de su Subdirectora.

### Áreas Ejecutoras

- Subdirección Administrativa de DIF Saltillo, a través de su Subdirector y de la Coordinación de Recursos Financieros.
- Subdirección Programas Sociales de DIF Saltillo.
- Coordinación de Vida y Salud de DIF Saltillo, como responsable de la ejecución del programa.
- Coordinación de Fortalecimiento Social de DIF Saltillo.
- Coordinación de Inclusión y Vida Independiente de DIF Saltillo.
- Coordinación de Comunicación Social de DIF Saltillo

## IV OPERACIÓN DEL PROGRAMA

### 14 Difusión y convocatoria.

Los beneficiarios interesados en formar parte del Programa de Aparatos auditivos, acudirán a DIF Saltillo en forma personal para la entrega completa de la papelería que formará parte de su expediente.

### 15 Asignación de folio MACDIF.

Las personas solicitantes deberán presentarse en la Coordinación de Atención Ciudadana para obtener un folio de atención MACDIF, necesario para formar parte del padrón de beneficiarios

#### REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA APARATOS AUDITIVOS PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024

El folio MACDIF formará parte integrante del expediente técnico de los beneficiarios.

#### 16 Aplicación de estudio socioeconómico.

Es requisito indispensable que a los solicitantes les sea aplicado el estudio socioeconómico (Anexo IIA, según aplique), contestando cada una de las preguntas bajo protesta de decir verdad.

El estudio socioeconómico se realizará en las instalaciones de DIF Saltillo y formará parte integrante del expediente técnico del beneficiario.

#### 17 Integración de expediente técnico.

El expediente técnico de los beneficiarios debe contener al menos lo siguiente:

- Folio de atención MACDIF;
- Estudio socioeconómico;
- Copia de acta de nacimiento;
- Copia de clave única de registro de población (CURP);
- Copia de identificación oficial con fotografía;
- Copia de comprobante de domicilio;
- Copia del estudio de audiometría; y
- Fotografía del beneficiario con el aparato auditivo aplicado.

#### 18 Padrón de beneficiarios.

El padrón de beneficiarios estará integrado sólo por personas que cumplan con los requisitos de elegibilidad y obligaciones de los beneficiarios señalados en los numerales 6 y 11 de estas reglas de operación.

#### 19 Entrega de apoyos.

Las entregas de aparatos auditivos estarán sujetas a las fechas y horarios establecidos por la Coordinación de Vida y Salud. Las entregas de los apoyos en especie podrán realizarse de manera individual o concentrando a los beneficiarios en grupos, según se estime pertinente.

### V QUEJAS Y DENUNCIAS

#### 20 Quejas y denuncias.

Los beneficiarios y población en general pueden presentar quejas y denuncias sobre cualquier hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daños al ejercicio de sus derechos establecidos en estas reglas de operación, sus anexos y procedimiento del programa o contravengan sus disposiciones.

S

Handwritten signature

Handwritten signature and initials

Handwritten signature and initials

Handwritten signature and initials

Handwritten initials

Las quejas y denuncias las podrán presentar por escrito o vía telefónica en:

**Contraloría Municipal**

Avenida Presidente Lázaro Cárdenas y Purcell S/N  
Zona Centro, C.P. 25000  
Saltillo, Coahuila.  
Teléfonos: 68804 92 y 688 66 02

**Subdirección de Secretaría Técnica de DIF Saltillo**

Dámaso Rodríguez González 275  
Colonia Nuevo Centro Metropolitano, CP 25022  
Saltillo, Coahuila  
Teléfonos: 412 12 64 y 410 13 50

**VI VIGENCIA**

**21 Vigencia.**

Las presentes reglas de operación tienen vigencia durante el ejercicio fiscal 2024.

Saltillo, Coahuila de Zaragoza; a dieciocho de enero de dos mil veinticuatro.

**LIC. DANIEL EDUARDO SAMPERIO DÁVILA.  
DIRECTOR GENERAL DE DIF SALTILLO.**

**Anexos de las Reglas de Operación del Programa Aparatos Auditivos  
para el Ejercicio Fiscal 2024**

**ANEXO II A  
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO  
BENEFICIARIOS DEL ÁREA URBANA**



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_ Número de folio: \_\_\_\_\_  
 Apoyo solicitado: \_\_\_\_\_ Coordinación: \_\_\_\_\_

**1.- DATOS GENERALES**

**11.- Del solicitante**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con la persona posible beneficiaria (a): \_\_\_\_\_

**12.- Del beneficiario**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_  
 Entre que calles: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Tipo de discapacidad: 1) Motriz 2) Sensorial 3) Psicosocial 4) Intelectual 5) Ninguna  
 Especifique: \_\_\_\_\_

Origen de la discapacidad: 1) Nacimiento 2) Enfermedad 3) Accidente 4) Edad 5) Otra \_\_\_\_\_

**1- ESTRUCTURA FAMILIAR**

¿Cuántas personas viven en la misma casa del beneficiario? \_\_\_\_\_

2) Datos generales de los integrantes de la familia:

Nombre	Sexo	Parentesco	Edad	Edad Civil	Escolaridad	Ocupación	Discapacidad

**3.- VIVIENDA**

Tipo de vivienda: 1) Tejabán 2) Vecindad 3) Casa 4) Departamento 5) Otro \_\_\_\_\_

Si vivienda es: 1) Propia 2) Prestada 3) Rentada 4) Compartida 5) Otro \_\_\_\_\_

¿Cuenta con cocina independiente? \_\_\_\_\_ Número de habitaciones: \_\_\_\_\_ Número de baños: \_\_\_\_\_

*(Handwritten signatures and marks on the right side of the page)*

*(Handwritten mark at the bottom left)*

*(Handwritten mark at the bottom right)*



3.1 Material de construcción de la vivienda.  
 Piso: 1) Tierra 2) Concreto 3) Mosaico 4) Madera 5) Otro \_\_\_\_\_  
 Paredes: 1) Lamina 2) Madera 3) Adobe 4) Ladrillo 5) Block de cemento 6) Otros \_\_\_\_\_  
 Techo: 1) Lámina de cartón 2) Lámina metálica 3) Madera 4) Losa de concreto 5) Otro \_\_\_\_\_  
 3.2 Servicios con los que cuenta la vivienda  
 Luz: 1) Si (con medidor) 2) Si (sin medidor) 3) No cuenta 4) Otro: \_\_\_\_\_  
 Agua: 1) Toma domiciliaria 2) Toma compartida 3) Pípa 4) No cuenta 5) Otro: \_\_\_\_\_  
 Drenaje: 1) Drenaje público 2) Letrina 3) Fosa 4) Otro: \_\_\_\_\_  
 Gas: 1) Entubado 2) Cilindro 3) No cuenta 4) Otro: \_\_\_\_\_  
 Televisión por cable: 1) Si 2) No Internet: 1) Si 2) No  
 Sector: 1) Urbano 2) Rural

3.3 Colonia  
 Alumbrado público: 1) Si 2) No Transporte público: 1) Si 2) No Pavimentación: 1) Si 2) No

4- BIENES MUEBLES

Vehículo particular: 1) Si, Modelo \_\_\_\_\_ 2) No. ¿Con cuántos vehículos cuenta la familia? \_\_\_\_\_  
 Demás bienes muebles:  
 Refrigerador \_\_\_\_\_ Lavadora \_\_\_\_\_ Estufa \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_ Comedor \_\_\_\_\_  
 Horno de microondas \_\_\_\_\_ Televisión \_\_\_\_\_ Computadora \_\_\_\_\_ Reproductor de audio \_\_\_\_\_

5 SALUD

Servicio médico con el que cuenta el beneficiario:  
 1) INSABI 2) IMSS 3) ISSSTE 4) Particular 5) Ninguno 6) Otro: \_\_\_\_\_

6- SITUACIÓN ECONÓMICA

Número de integrantes que participan en la manutención de la familia: \_\_\_\_\_  
 ¿El beneficiario cuenta con pensión? \_\_\_\_\_

Egresos:		Ingresos:	
Alimentación	\$ _____	Ingreso mensual	\$ _____
Agua	\$ _____	Ingreso extra	\$ _____
Luz	\$ _____	Ingreso extra	\$ _____
Gas	\$ _____		
Renta	\$ _____	Total de ingresos \$ _____ - Total de egresos \$ _____	
Educación:	\$ _____	Diferencia= _____ ( )	
Vestuario:	\$ _____		
Recreación:	\$ _____		
Medicamentos:	\$ _____	Negativa = 1	
Teléfono	\$ _____	\$0 a \$100 = 2	
Transporte	\$ _____	\$101 a \$500 = 3	
Otro	\$ _____	\$501 a \$700 = 4	
Especifique: _____		\$701 En adelante = 5	

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Aplica ( ) No Aplica ( )



AVISO DE PRIVACIDAD

Con fundamento en los artículos 3 fracción III, 12, 15, 20 y demás aplicables de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Coahuila de Zaragoza, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Saltillo le informa lo siguiente:

- El presente Aviso de Privacidad tiene por objeto informar sobre la protección de datos personales de los usuarios de los programas de DIF Saltillo, mediante su tratamiento legítimo y controlado.
- Los datos recabados por esta institución, que sean considerados como personales, serán tratados por el personal únicamente a efecto de integrarse como usuario de los programas, servicios y actividades ofertadas.
- Esta dependencia se obliga a usarlos solamente para este fin y a protegerlos en todo momento.

Los usuarios tendrán los siguientes derechos y obligaciones:

- Proporcionar sus datos personales para acceder a los programas, servicios y actividades ofertadas.
- Acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como oponerse al tratamiento de los mismos o, en su caso, revocar el consentimiento que para tal fin haya otorgado, a través de los procedimientos ya implementados por esta dependencia. Para conocer dichos procedimientos, los requisitos y plazos, favor de contactar con la Unidad de Transparencia de esta institución.

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que  
Todos los datos proporcionados son verdicos

Aplicó

Autorización de  
Coordinador

F-TSO-08 Rev. 13 11-enero-22  
Página 3 de 3

**ANEXO II A**  
**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**  
**BENEFICIARIOS DEL ÁREA RURAL**



**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA PADRÓN RURAL**

Fecha de elaboración \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

**1 DATOS GENERALES**

Si  No

Nombre completo \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Discapacidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Estado Civil Casado(a)  Soltero(a)  Compañero(a) Civil  Concubino(a)

Ocupación \_\_\_\_\_

**2 ESTRUCTURA FAMILIAR**

(¿Cuántas personas viven en la misma casa del beneficiario? (mayores de edad) \_\_\_\_\_)

2) Datos generales de los integrantes de la familia (mayores de edad):

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

**3 SALUD**

Servicio Médico con el que Cuenta IMSS  ISSSTE  INSABI  Ninguno

**4 SITUACIÓN ECONOMICA**

Apoyos que recibe	Ingresos	Egresos
Programa BIENESTAR <input type="checkbox"/>	\$0.00 a \$1,000.00 <input type="checkbox"/>	\$0.00 a \$1,000.00 <input type="checkbox"/>
Componente PROAGRO Productivo <input type="checkbox"/>	\$1,001.00 a \$2,000.00 <input type="checkbox"/>	\$1,001.00 a \$2,000.00 <input type="checkbox"/>
Pensión Para el Bienestar de los Adultos Mayores <input type="checkbox"/>	\$2,001.00 a \$3,000.00 <input type="checkbox"/>	\$2,001.00 a \$3,000.00 <input type="checkbox"/>
Otro _____ <input type="checkbox"/>	\$3,001.00 a \$4,000.00 <input type="checkbox"/>	\$3,001.00 a \$4,000.00 <input type="checkbox"/>
	Más de \$4,000.00 <input type="checkbox"/>	Más de \$4,000.00 <input type="checkbox"/>

**5 OBSERVACIONES**

Aplica ( ) No aplica ( )

F-150/14 Rev. 6/21 Enviado 222

1 de 2

*(Handwritten signatures and scribbles in blue ink on the right side of the page)*



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

**AVISO DE PRIVACIDAD**

Con fundamento en los artículos 3 fracción III, 12, 15, 20 y demás aplicables de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Coahuila de Zaragoza, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Saltillo le informa lo siguiente:

- El presente Aviso de Privacidad tiene por objeto informar sobre la protección de datos personales de los usuarios de los programas de DIF Saltillo, mediante su tratamiento legítimo y controlado.
- Los datos recabados por esta institución, que sean considerados como personales, serán tratados por el personal únicamente a efecto de integrarse como usuario de los programas, servicios y actividades ofertadas.
- Esta dependencia se obliga a usarlos solamente para este fin y a protegerlos en todo momento.

Los usuarios tendrán los siguientes derechos y obligaciones:

- Proporcionar sus datos personales para acceder a los programas, servicios y actividades ofertadas.
- Acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como oponerse al tratamiento de los mismos o, en su caso, revocar el consentimiento que para tal fin haya otorgado, a través de los procedimientos ya implementados por esta dependencia. Para conocer dichos procedimientos, los requisitos y plazos, favor de contactar con la Unidad de Transparencia de esta institución.

*[Handwritten signature]*

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que  
Todas los datos proporcionados son verídicos

Aplicó

Autorización de  
Coordinador

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

F-TS-014 Rev.01 11-enero-2022

2 de 2

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*