



**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DE RAYÓN S.L.P.
INTEGRACIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**



Asunto: **CARTA COMPROMISO**

En el Municipio de **Rayón** del estado de San Luis Potosí, a los _____ Días del mes _____ del año 20_____, en las instalaciones que ocupa la Unidad Básica de Rehabilitación "Sin Diferencia", ubicada en calle Juárez, numero 109 zona centro, Rayón, S.L.P., se reúne el:

Sr. (a) _____

De _____ años de edad, con domicilio conocido en: _____

Con la finalidad de firmar la presente "CARTA COMPROMISO" bajo las siguientes cláusulas:

1. El departamento de Integración Social de personas con discapacidad, a través del SMDIF apoya con ayuda funcional _____ color _____ N° de inventario _____ condiciones de la ayuda funcional _____
2. La ayuda funcional será entregada en el lugar y fecha que se ha indicado por el SMDIF.
3. El BENEFICIARIO deberá entregar copia de la credencial de elector, comprobante de domicilio y CURP, y constancia médica.

4. Los padres, tutores o familiares se comprometen a:

- a. Participar en las actividades que el SMDIF convoque.
- b. Darle uso apropiado (buen cuidado y mantenimiento).
- c. Existe el compromiso de que al no ser utilizado el APOYO FUNCIONAL deberá de regresar al SMDIF, para atender más solicitudes de personas con discapacidad.
- d. No deberá de regalarla ni venderla y en su caso, devolverlas al SMDIF.
- e. A partir de la fecha, **cada 3 meses deberá presentarse al departamento de Integración Social de personas con Discapacidad**, en el SMDIF para darle seguimiento, una vez cumplido dicho plazo y al hacer caso omiso, personal del SMDIF, acudirá al domicilio antes señalado para recoger el apoyo funcional.
- f. La persona beneficiada, se compromete a darle el uso apropiado y mantenimiento del mismo.

DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE

DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF

COORDINADOR TECNICO U.B.R.

Vo. Bo. PRESIDENTA DEL SMDIF

**SRA. ANTONIA REYNOSA VITALES
PRESIDENTA DEL SMDIF
RAYÓN, S.L.P.**

